Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karolinenplatz 2. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an R. Mosse, Promenadeplatz 6.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger. Dr. H. Ranke. Dr. v. Rothmund. Dr. v. Schleiss. Dr. Seitz. Dr. Winckel.

№ 3. 1887. 18. Januar.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karolinenplatz 2/0.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

34. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut in Giessen.

Ueber das Vorkommen von Streptococcen im Blut bei Erysipelas.

Von *Carl v. Noorden*, Docent für innere Medicin.

Die in jüngster Zeit von verschiedenen Autoren gemachten Mittheilungen[1]) über die biologischen Eigenschaften der für den Menschen pathogenen Streptococcusarten geben mir Veranlassung, über eine Beobachtung und an diese sich anschliessende Untersuchungen zu berichten. Krankengeschichte und Untersuchungen bildeten den Gegenstand eines Vortrages in der medicinischen Gesellschaft zu Giessen am 15. December 1885. Ein kurzes Referat über dieselben enthalten die Berichte der Gesellschaft. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 20. 1886.)

Krankengeschichte (im Auszug): E. K., Taglöhnersfrau aus Giessen, 29 Jahre alt, hatte im 19. Lebensjahre eine »Gehirnentzündung« durchgemacht, war von derselben aber vollständig wieder geheilt. In den letzten 10 Jahren war sie immer gesund und kräftig gewesen. Am 24. October 1885 erkrankte sie mitten im besten Wohlbefinden unter den gewöhnlichen stürmischen Erscheinungen an Gesichtsrose. Da die localen Symptome, welche nichts besonderes darboten, und das Fieber ungemindert anhielten, kam sie am 30. October 1885 zur Aufnahme in die medicinische Klinik.

Bei der Aufnahme bot die kräftige und wohlgenährte Patientin folgende Symptome dar: eine in mässiger Ausdehnung über das Gesicht verbreitete erysipelatöse Entzündung mit Blasenbildung; die Blasen waren zum Theil schon geplatzt und hatten durch Eintrocknen des Inhalts zu Borkenbildung Anlass gegeben; diffuse Bronchitis. Der Puls: 120, dicrot, regelmässig. Temperatur: 40,2°. Das Allgemeinbefinden war dem hohen Fieber entsprechend, das Sensorium frei.

Am 31. October bleibt das Fieber hoch und geht auch trotz grosser Gaben Antipyrin nur wenig und vor allem nur auf kurze Zeit hinunter. Das Befinden ist in keiner Weise besorgnisserregend.

Am 1. November zeigt das Fieber dasselbe Verhalten. Patientin klagt Schmerzen im R. Handgelenk. Auf dem Rücken der Hand zeigt sich geringe Schwellung und Röthung.

In der Nacht zum 2. November fing Patientin an zu deliriren und blieb dann am ganzen Tag mehr oder weniger benommen. Sie äusserte Schmerzen im R. Handgelenk wie gestern und in der Gegend des L. Schultergelenks. Die Bronchitis ist stärker; im Harn ist Albumen.

Am Morgen war Natr. Salicyl. verordnet; da aber im Lauf des Tages die Erscheinungen von Seiten des Sensorium sich verschlimmerten, der Puls klein und sehr frequent wurde, musste die Ordination ausgesetzt werden. Aetherinjectionen traten an die Stelle. Doch stellten sich im Laufe des Nachmittags unter anhaltendem Coma immer bedrohlicher werdende Anzeichen von Herzschwäche ein und unter den Erscheinungen des Lungenödems kam es am Abend zum Exitus lethalis.

Autopsie (leider erst 36 Stunden p. m.; die Leiche lag inzwischen in sehr kaltem Raum):

Herr Prof. Boström stellte die anatomische Diagnose wie folgt: Erysipelas faciei — kleine Hämorrhagien der Haut; Hyperämie und kleine Hämorrhagien des Zungengrundes, Schlundes, Kehlkopfs, der Bronchien. — Lungenemphysem und Oedem — Acuter Milztumor — doppelseitige parenchymatöse acute Nephritis — linksseitige acute Oophoritis — Menstruationszustand des Uterus — Acute eiterige Entzündung der Sehnenscheiden der Extensoren der R. Hand.

Epikrise: kurz zusammengefasst handelte es sich darum, dass eine durchaus kräftige, gesunde Frau plötzlich mit Erysipelas erkrankt; als Complication bestand von vornherein eine mässige Bronchitis. Nach kaum 8tägigem Fieber und bis dahin normalen Verlauf treten schwere Erscheinungen hinzu: Trübung des Sensoriums mit Delirien, acute Tendovaginitis, Morbus Brightii, Herzschwäche.

Es ist wohl selbstverständlich, dass schon auf Grund des klinischen Verlaufs, dann aber besonders auf Grund des anatomischen Befundes ein enger genetischer Zusammenhang zwischen den einzelnen Krankheitssymptomen angenommen werden musste. Es konnte keinem Zweifel unterliegen, dass allein durch die erysipelatöse Entzündung der Gesichtshaut und das achttägige Fieber, selbst in Verbindung mit der Bronchitis bei der jugendlichen robusten Person die rasche Wendung zum schlechten nicht erklärt werden konnte. Dagegen war Grund genug zu der Annahme, dass es sich hier um einen jener verhältnissmässig seltenen Fälle handelte, in welchen die Patienten einer in Anschluss an das Erysipel stattfindenden schweren Allgemeininfection mit metastatischen Entzündungen erliegen.

[1]) Die wichtigsten seien hier citirt, ausserdem sei auf die Lehrbücher der Bacterienkunde verwiesen.

Koch, Mittheil. aus dem kaiserl. Reichsgesundheitsamte Bd. I, 1881.

Fehleisen, Die Aetiologie des Erysipels. Berlin 1883.

Löffler, Mittheilungen aus dem kaiserl. Reichsgesundheitsamt. Bd. II, S. 421. 1884.

Rosenbach, Mikroorganismen bei Wund-Infectionskrankheiten. Wiesbaden 1884.

A. Fränkel, Ueber puerperale Peritonitis. Deutsche med. Wochenschrift 1884 S. 213.

Krause, Ueber die acute eitrige Synovitis. Berl. klin. Wochenschrift 1884 S. 681.

J. Passet, Ueber die Aetiologie der eitrigen Phlegmonen des Menschen. Berlin 1885. Ueber Mikroorganismen der eitrigen Zellgewebsentzündung. Fortschritte der Med. 1885. S. 33.

A. Fränkel und Freudenberg, Ueber Secundärinfection bei Scharlach. Centralbl. f. klin. Med. 1885. S. 753.

Hoffa, Bacteriologische Mittheilungen. Fortschritte der Medicin. 1886 S. 75.

Neumann, Streptococcus bei Pneumonie nach Typhus. Berliner klin. Wochenschrift 1886 S. 420.

Schönfeld, Ueber erysipelat. Pneumonie. In.-Diss. Giessen 1885.

Weichselbaum, Ueber die Aetiologie der acuten Lungen- und Rippenfellentzündungen. Wien. med. Jahrbücher 1886 S. 483.

Es sei gestattet, die prägnante Schilderung einzuflechten, welche Niemeyer[2]) mit gewohnter Schärfe von derartigem Krankheitsverlaufe entwirft. »Bei drohendem tödtlichen Verlauf wird es wahrscheinlich, dass aus derselben Quelle, aus welcher das Erysipel als eine locale Infectionskrankheit entsprang, gleichzeitig auch eine allgemeine Blutinfection hervorging, welche ein bald mehr, bald weniger schweres septicämisches Fieber, sowie mancherlei sogenannte metastatische Entzündungen, sowie Bronchial- und Darmkatarrh, Pneumonie, Nephritis, eiterige Meningitis etc. mit sich bringen kann. Für uns unterliegt es keinem Zweifel, dass einzelne Fälle von Erysipelas die Bedeutung allgemeiner Infectionskrankheiten haben.«

Durfte an der Richtigkeit solcher Deutung nicht gezweifelt werden, so konnte doch erst die bacterioskopische Forschung näheren Aufschluss gewähren.

Bacterioskopische Untersuchung.

In dem Herzblut der Leiche waren nach Eröffnung der Höhle mit geglühten Instrumenten schon in gefärbten Deckglaspräparaten 3 Arten von Mikroorganismen zu constatiren:

1) spärliche grössere Stäbchen, ähnlich denen des malignen Oedems,

2) dünne Stäbchen in spärlicher Menge,

3) Streptococcen in ungeheuren Mengen.

Mittelst des Gelatineplattenculturverfahrens wurden aus diesem Blut zwei Arten von Mikroorganismen gewonnen:

1) das dünne Stäbchen, dessen Culturen rasch wuchsen und die Gelatine rasch verflüssigten; auf jeder Platte waren 3—6 derartige Colonien. Es handelte sich offenbar um einen gewöhnlichen Fäulnisserreger.

2) Streptococcen. Die Culturen derselben waren in ungeheuren Mengen vorhanden und fanden sich in der ganzen Gelatine in dichtestem Nebeneinander.

Das oben erwähnte grössere Stäbchen wurde nicht gefunden, offenbar weil der Nährboden für dasselbe nicht geeignet war.

Aus der eiterig-schleimigen Flüssigkeit, welche nach Eröffnung aus der Scheide der Fingerstrecker der R. Hand hervorquoll, wurden erhalten:

1) dünne Stäbchen, die Gelatine rasch verflüssigend — wenige Colonien.

2) Coccen in langsamer wachsenden, die Gelatine langsamer verflüssigenden weisslich-gelben sparsamen Colonien aufkeimend.

3) Streptococcen in sehr zahlreichen Colonien, deren Zahl jedoch gegenüber ihrer grossen Menge auf der Blutplatte eine verhältnissmässig kleine war.

Die Streptococcen aus Blut und Synovialflüssigkeit wurden weiter gezüchtet. Die anderen Organismen sind nicht weitergezüchtet; das dünne Stäbchen war wohl sicher ein Fäulnisserreger, wie er in jedem Leichenblut einige Zeit post mortem zu finden ist. Die Streptococcen aber sind kein gewöhnlicher Befund im Leichenblut und speciell in unserem Fall musste — obwohl der Schluss wegen der späten Ausführung der Section an Beweiskraft verlor — schon die enorme Menge derselben im Blut und in Deckglaspräparaten von abgestreiftem Parenchymsaft der Leber und Milz auf eine directe Beziehung zwischen ihnen und dem bösartigen Verlauf der Krankheit hinweisen.

Die vornehmste Aufgabe war es nunmehr, die Individualität des Streptococcus festzustellen.

Culturen: Durch zahlreiche Culturen wurde zunächst festgestellt, dass ein Unterschied im Wachsthum, im makroskopischen und mikroskopischen Aussehen zwischen den Streptococcen aus dem Blut und dem Inhalt der Synovialscheide nicht bestand. Sodann wurden Parallelculturen in Nährgelatinen verschiedener Zusammensetzung und Concentration, auf Agar-Agar durch Stich und Strich, auf Blutserum und in Bouillon von unseren Streptococcen einerseits und dem Strept. erysip. Fehleisen und dem Strept. pyog. Rosenbach andererseits angelegt. Es ist inzwischen von verschiedenen Autoren ausgesprochen, dass eine Unterscheidung der beiden letztgenannten Arten von Mikroorganismen auf Grund dieser Kriterien mit Sicherheit nicht gelingt. Ich selbst kann dieses im Wesentlichen bestätigen; doch konnte ich die Beobachtung machen, dass in den meisten Parallelzüchtungen unser Streptococcus sich vollständig übereinstimmend mit dem Strept. eryp. Fehleisen entwickelte, während sich hier und da kleine Abweichungen in der Schnelligkeit des Wachsthums und im Farbenton von dem Strept. pyog. erkennen liessen. Ich will aber nicht verschweigen, dass in einer Minderzahl von Versuchen ein umgekehrtes Verhalten bestand.

Als Hauptresultat ergab sich also aus den Züchtungen, dass sie nicht gestatteten eine sichere Bestimmung der Species vorzunehmen.

Die Thierversuche sind nur mit dem aus dem Herzblut gezüchteten Streptococcus angestellt.

An 3 weissen Kaninchen, von denen das erste nach einander an beiden Ohren, die beiden anderen an je einem Ohr geimpft wurden, fanden sich übereinstimmende Erscheinungen: nach 36—48 Stunden scharf abgesetzte Röthung an der Impfstelle, die dann sich rasch weiter verbreitete, namentlich nach der Basis längst der erweiterten Venen, ohne jedoch die Ohrspitze zu erreichen und ohne auf den Kopf überzugehen. Die Schwellung des Ohrs war dabei sehr gering, das Ohr hing nicht herab. Das Allgemeinbefinden war zweimal unverändert, zweimal bestand Temperaturerhöhung um 1° C. Nach 4 Tagen allmählige Abblassung, später Desquamation. In keinem Fall kam es zu Eiterung an der Impfstelle.

Bei einem Thier wurde das Ohr nach 3 Tagen abgeschnitten. Es fanden sich unter sehr vielen Schnitten bei Färbung nach Gram nur in wenigen vereinzelte Coccenketten in oberflächlichen Lymphräumen. An der Wunde entwickelte sich 5 Tage nach der Ablatio auriculae eine Eiterung; im Eiter fanden sich keine Streptococcen.

Ein zweites Thier wurde 2 Tage nach Ablauf der Entzündung am Ohr von einem Kameraden in das inficirte Ohr gebissen. Von der Bissstelle aus entwickelte sich einige Tage später eine Gangrän des Ohres. Wir dürfen dieses Vorkommniss wohl ausser Zusammenhang mit der Impfung setzen.

Wichtiger sind folgende beiden Versuche:

Kaninchen 4. Am 14. XII. 85 Impfung am R. Ohr nach vorheriger sorgfältiger Reinigung mit Sublimat, Alcohol und Aether. Am 15. XII. keine Reaction; das Thier bis zum Abend völlig munter. — Am 16. XII. Morgens wird das Thier todt gefunden. An dem Ohr keine Spur von Reaction. Bei der Section des noch warmen Thieres finden sich die inneren Organe makroskopisch normal; mikroskopisch dagegen zeigte das Blut eine ungeheuer grosse Menge von Streptococcen; dieselben waren fast reichlicher als rothe Blutscheiben und hatten die Capillaren der Leber, Milz, Lunge, Nieren erfüllt und dilatirt. Schnitte durch die Lunge blieben nach Gram'scher Färbung und Behandlung mit Jod fast blau. Aus dem Blut konnten Reinculturen von Streptococcen gewonnen werden.

Kaninchen 5. Am 14. XII. 85. Impfung am R. Ohr. Bis zum 19. XII. trat keine Spur von Reaction ein. Der Impfstich war blass, verklebt, keine Röthung und Schwellung.

Am Morgen des 20. XII. ist das gestern noch vollständig normale Thier erkrankt. Das ganze R. Ohr ist gleichmässig, dunkelrosaroth injicirt, heiss, sehr gering geschwollen, wird fast ganz aufrecht getragen, lässt erweiterte Venen durchscheinen. Die Röthung erstreckt sich bis über die Ohrbasis auf das Schädeldach. Die Impfstelle ist ohne Spur von Eiterung. Temperatur 41,2° C. Das Ohr wird abgeschnitten, die Wunde vernäht. Dabei ziemlich starker Blutverlust.

[2]) Lehrbuch der spec. Path. u. Ther. X. Aufl. Bd. II S. 483. 1879.

Am 21. und 22. XII. bleibt die Temp. über 40,0. Die Haut in Umgebung der Wunde, war gleich nach der Ablatio und der Blutung beträchtlich blasser geworden und wurde auch nicht wieder roth wie vorher. Am 26. XII. Tod.

Weder im Blut noch in den Organen konnten durch Mikroskop und Züchtung Streptococcen nachgewiesen werden. Dagegen fanden sich in dem abgeschnittenen Ohr in fast allen Präparaten, namentlich aber und besonders reichlich in den der Ohrbasis und der Ohrspitze entsprechenden Schnitten, die Lymphräume dilatirt und mit Streptococcen erfüllt. Dieselben lagen besonders dicht in den Lymphräumen um die Haarfollikel herum. Nirgends eine Spur von eiteriger Entzündung.

5 weisse Mäuse wurden mit Streptoc. erysip. Fehleisen geimpft; die Thiere blieben gesund.

3 weisse Mäuse wurden mit Streptoc. pyog. Rosenbach geimpft. Ein Thier starb, 2 blieben gesund.

7 weisse Mäuse wurden mit unserem Streptococcus geimpft. 4 blieben gesund, 3 starben; davon bekam die eine an der Impfstelle eine ausgedehnte Eiterung; der Eiter enthielt Staphylococcen, keine Streptococcen. Die beiden anderen Thiere starben am 5. und 7. Tag nach der Impfung ohne locale Reaction und ohne dass in den inneren Organen mikroskopisch oder durch Cultur sich Mikroorganismen gefunden hätten.

Uebersehen wir diese Thierexperimente, so müssen wir dem Ausspruch Flügge's[3]) beistimmen, dass zur Würdigung des specifischen Charakters einer Streptococcus-Species nicht die durch das Mikroskop und die Cultur wahrnehmbaren Merkmale, aber manches Mal auch nicht die Thierexperimente als Kriterien ausreichen.

Die Kaninchen 1—3 bekamen nach der Impfung erysipeloide Entzündungen, nicht deutlicher und nicht undeutlicher als wie man sie bei der Impfung mit Strept. erys. Fehleisen, aber auch bei anderen Arten von Streptococcen erhält. Kaninchen 5 zeigte makroskopisch und mikroskopisch die Erscheinung der Rose in so ausgeprägtem Grade, wie man sie eben bei Thieren erwarten darf. Auffallend ist die lange Incubationsdauer in diesem Fall. Ich vermuthe, dass dieselbe zurückzuführen ist auf eine etwas allzu gründliche Desinfection der Ohrmuschelhaut mit Sublimat, in Folge deren die Mikroorganismen eine Zeit lang in ihrer Entwickelung behindert worden sind.

Kaninchen 4 dagegen reagirte auf die Impfung mit einer typischen Allgemeininfection, wie sie nach Inoculirung von M. tetragonus, Bac. murisepticus, Bac. anthracis etc. die Regel ist und auch von bestimmten Arten der Streptococcen (Streptoc. pyogenes) durch Löffler bei Kaninchen; durch Rosenbach, A. Fränkel und Freudenberg u. A. und schliesslich auch in meinem Falle beim Menschen beobachtet wurde.

Nach dem heutigen Stand der thierexperimentellen Forschung über die Streptococcen sollte diese eine Beobachtung eigentlich genügen, die Identität unseres Coccus mit dem Strept. Erys. Fehleisen auszuschliessen; denn die Beobachter geben übereinstimmend an, dass gerade die ausschliesslich locale Erkrankung, das Verweilen der Coccen in den Lymphgefässen der erkrankten Partien, das Nicht-Uebertreten derselben in das Blut charakteristisch für diese Species ist. Wir werden aber weiter unten sehen, dass auf der anderen Seite schon Material genug vorliegt, um die absolute Giltigkeit dieser Angabe in Frage zu stellen.

Der relativ grosse Verlust an weissen Mäusen nach Impfung mit unserem Coccus gegenüber den Versuchen mit Strept. Erys Fehleisen und Strept. pyog. Rosenbach fordert auf, sich der Angabe Flügge's[4]) zu erinnern, dass er in dem Eiterherd aus einer leukämischen Milz einen Streptococcus gezüchtet habe, der sich allein durch eine starke Malignität im Thierexperiment von den beiden anderen Arten unterscheide. Von dieser Coccus-Art war zur Zeit meiner Untersuchungen noch nichts bekannt, so dass ich auf die Besonderheiten desselben nicht achten konnte. Es galt für mich damals in erster Linie die Frage zu lösen, ob ich den Streptoc. des Erysipels oder den Strept. pyog. vor mir hätte.

Diese Frage bleibt heute wie damals eine offene und ich scheide von den Thierexperimenten mit der Erkenntniss, dass meine Experimente fast mehr als diejenigen anderer die Unzulänglichkeit derselben als Kriterien für die Bestimmung der Streptococcus-Species vor Augen führen.

Verliert nun auch mit dieser Erkenntniss die Bedeutung meiner Beobachtung für die Biologie einer bestimmten Streptococcus-Art einstweilen an Werth, so möchte ich dennoch nicht darauf verzichten, auf die Wichtigkeit derartiger Untersuchung besonders hinzuweisen.

Ich setze den Fall, es sei der echte Strept. Erysip. Fehleisen gewesen, den ich aus dem Herzblut der Patientin genommen. Damit wäre der objective Beweis erbracht, dass dieser Coccus in gewissen Fällen — und das dürften wohl diejenigen sein, welche Niemeyer an der oben citirten Stelle so prägnant schildert — in das Blut aufgenommen werden kann und damit Ursache einer wahren allgemeinen Infectionskrankheit mit übelster Prognose wird. Wie die Coccen aus den Lymphspalten in das Blut gelangen, ist nicht bekannt. Nach den vorliegenden mikroskopischen Untersuchungen ist weniger an einen directen Einbruch in die Blutcapillaren als an eine Verschleppung der Coccen mit dem Lymphstrom in die Gefässbahn zu denken.

Es fehlt einstweilen die Antwort, warum denn nicht öfters solche Allgemeininfectionen zu Stande kommen. Es würde uns wenig helfen darüber Hypothesen zu bilden. Doch können im Allgemeinen zwei Ursachen wirksam sein. Entweder die Verschleppung der Coccen in das Blut ist eine nur sehr seltene und sparsame oder es besteht zwar eine Verschleppung, aber das Blut ist für gewöhnlich ein ungeeigneter Nährboden, so dass die Eindringlinge bald zu Grunde gehen. Vielleicht können recht häufig ausgeführte bacterioskopische Blutuntersuchungen zur Zeit einer bestehenden Rose nach dieser oder jener Richtung hin einen Fingerzeig geben. Ich selbst habe einige Mal versucht, aus dem Fingerbeerenblut bei Kranken mit Erysipelas faciei Mikroorganismen zu züchten, jedoch blieben die Nährboden immer steril. Diese wenigen Versuche dürfen aber nicht abschrecken, dieselben zu wiederholen, denn wir haben sehr bestimmte Angaben, welche auf den Uebertritt der Erysipelascoccen in das Blut hinweisen.

Zunächst liegen 3 Beobachtungen vor, nach welchen die intrauterine Uebertragbarkeit des Erysipels wahrscheinlich ist. Die erste Beobachtung machte Kaltenbach[5]): eine Schwangere, die an einem Erysipel der unteren Körperhälfte litt, gebar im

[3]) Die Mikroorganismen. S. 155. 1886.

In demselben Sinne spricht sich C. Fränkel aus, dessen Urtheil von der gewichtigen Autorität R. Koch's gestützt wird. In dem »Grundriss der Bacterienkunde«, der mir erst nach Abschluss der Arbeit zu Gesicht kam, sagt Fränkel S. 319: »Wenn ich hier darauf verzichte, eine genaue und vollkommene Darstellung der Lebenseigenschaften und besonderen Eigenthümlichkeiten des Streptococcus pyogenes zu geben, so geschieht das, weil ich dann alles dasjenige wörtlich wiederholen müsste, was ich vorhin vom Fehleisen'schen Streptococcus des Erysipels gesagt habe. Beide Mikroorganismen sind in der That auf keine uns zugängliche Weise von einander zu unterscheiden«. Die Frage, ob dennoch unerkannte Unterschiede bestehen, ob Abweichungen in der Virulenz derselben Art vorkommen, oder ob die Empfänglichkeit der befallenen Individuen, die Menge des Giftstoffes, der Ort der Eintrittsstelle etc. die Differenz in der Wirkungsweise bedingen, lässt Verfasser offen.

[4]) l. c. S. 103.

[5]) Kaltenbach, Ist Erysipel intrauterin übertragbar? Centralbl. f. Gynäk. 1884. Nr. 44.

Stad. desquamationis eine Frucht, an deren oberen Körperhälfte sich die Epidermis in grossen Lamellen abschälte. Kaltenbach betrachtet diese Abschuppung als die Folge eines überstandenen Erysipels der Frucht. Ganz ähnliche Fälle haben in Anschluss hieran Runge[6]) und Stratz[7]) beschrieben.

Wenn die Erklärung Kaltenbach's die richtige ist — und es besteht kein Grund daran zu zweifeln — so ist der Uebertritt des specifischen Streptococcen aus dem ursprünglichen Herd in das Blut und seine Verschleppung durch das Blut in den Placentarkreislauf die nothwendige Bedingung für die Erkrankung der Frucht.

Von grosser Tragweite ist ein Fall, den Boström durch W. Schönfeld in dessen Dissertation »über erysipelatöse Pneumonie« (Giessen 1885) veröffentlichen liess[8]).

Ein kräftig gebauter Mann, der seit einiger Zeit schon an bestimmten Beschwerden von Seiten des Herzens und der Nieren mit ihren Folgen litt, sucht nach einem apoplectischen Insult Hülfe auf der Klinik des Herrn Professor Riegel in Giessen. Während seines Aufenthaltes im Hospital tritt plötzlich ein Gesichtserysipel auf. Am 4. Tage ist dasselbe grösstentheils abgeblasst und am 6. Tage (von dem Tage der Eruption gerechnet) bildet sich, nachdem vorher von Seiten der Respirationsorgane keine Störungen oder Klagen bestanden hatten, durch einen heftigen Schüttelfrost eingeleitet, eine rechtsseitige Infiltration der Lunge aus, die in 24 Stunden tödtet.

Die Autopsie wurde von Herrn Prof. Boström ausgeführt. Es interessiren uns hier nur die Lungen. Bei der Section wurde eine acute fibrinöse Pneumonie des R. Unterlappens diagnosticirt.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte nun freilich, dass es sich trotz der ausgedehnten gleichmässigen Infiltration nicht um eine fibrinöse Pneumonie handle, sondern dass die Lunge die Charaktere einer katarrhalischen Pneumonie darboten. Die Festigkeit des Infiltrates war nicht durch pralle Ausfüllung der Alveolen, sondern durch die oft enorme Dilatation und pralle Ausfüllung äusserst zahlreicher Lymphgefässe der Lunge bedingt.

Die auf Bacterien gerichtete Untersuchung der Schnitte nach Gram's und nach Löffler's Methode ergab das überraschende Bild einer äusserst reichlichen Durchsetzung des Inhalts der Lymphgefässe mit charakteristischen Streptococcen. Ebenso fanden sich Kettencoccen in dem pleuritischen Exsudat und, wenn auch spärlich, in den Blutgefässen der Lunge und der Nieren, fehlten aber durchaus im Alveolarexsudat und den vorhandenen endocarditischen Wucherungen alten Ursprungs. Diplococcen wurden in der Lunge vermisst.

Der Verfasser nennt mit Recht die beschriebene Lungenaffection eine »erysipelatöse Pneumonie.« Es wäre gezwungen, eine andere Aetiologie derselben anzunehmen, als die Gegenwart der Kettencoccen. Ueber den Weg, welchen dieselben zur Lunge genommen, kann kein Zweifel bestehen. Auf der einen Seite waren Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf und Bronchien vollständig normal, auf der anderen Seite wies das Auftreten der Kettencoccen in den Blutgefässen der Lunge und Niere gebieterisch auf die Blutbahn als Infectionsträger hin. Indem ich diese Beobachtungen anführe, scheint mir damit jedes principielle Bedenken gegen die Auffassung getilgt, dass es sich auch in unserem Fall aus der Giessener Klinik um eine Allgemeininfection mit dem erysipelatösen Virus handeln konnte. Es bedarf — nachdem die Möglichkeit der Verschleppung desselben durch das Blut so wahrscheinlich geworden — nur noch der Annahme, dass nur unter besonderen Verhältnissen, die wir heute nicht kennen, die verderbenbringende Entwicklung im Blut selbst sich fortsetzt und metastatische Ansiedlungen bald an dieser, bald an jener Stelle gedeihen.

Beweisen kann ich diesen Zusammenhang aus dem klinischen Verlauf und dem anatomischen Befunde ebenso wenig wie aus den nachfolgenden Züchtungen und Thierexperimenten. Dazu hätte es der einwandsfreien Identificirung unseres Coccus mit dem Strept. erysip. bedurft.

Doch — wenn nicht Erysipelasinfection, was lag dann vor? Durch die interessanten Beobachtungen von Fränkel und Freudenberg, Heubner und Bahrdt, Löffler, werden wir auf eine Secundärinfection mit Streptococcen, mit Streptococcus pyogenes hingewiesen, oder mit anderen Worten auf eine Pyämie. Gelegenheit zur acuten Pyämie konnten die oberflächlichen Wunden bieten, welche dem erysipelatösen Process ihre Entstehung schuldeten. Es müsste also auf dem durch den Streptoc. Erysip. vorbereiteten Gebiete sich als zweiter, zufälliger Gast der Streptoc. pyog. eingenistet haben und von hier in das Körperinnere verschleppt worden sein. Klingt diese Annahme auch seltsam, so kann doch ein zwingender Grund gegen dieselbe nicht angeführt werden. Bei der Entscheidung befinden wir uns aber in einer besonders schwierigen, dieselbe fast zu einer unmöglichen gestaltenden Lage. Denn es galt zwei Organismen von einander abzugrenzen, die unter einander die allergrösste morphologische und biologische Verwandtschaft zeigen.

Ich muss daher diese ganze Frage, soweit sie unseren Fall betrifft, unentschieden lassen.

Meine Mittheilung würde ihren Zweck erreicht haben, wenn sie zu weiteren Forschungen in ähnlichen Krankheitsfällen die Anregung geben würde. Wir dürfen von denselben eine erwünschte Vervollständigung unserer Kenntnisse über die Lebenseigenschaften der für die menschliche Pathologie so wichtigen Gruppe der Kettencoccen erwarten.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Boström für sein reges Interesse an meinen Untersuchungen und die liebenswürdige Ueberlassung der Hilfsmittel seines Instituts, und Herrn Prof. Riegel für die Ueberlassung der Krankengeschichte meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

[6]) Runge, Mittheilung über die intrauterine Uebertragbarkeit des Erysipels. Ebendas. Nr. 48.

[7]) Stratz, Zur Frage vom intrauterinen Erysipel. Ebendaselbst 1885 Nr. 11.

[8]) Einen ähnlichen sehr interessanten Fall theilte Hoerschelmann mit (Berl. klin. Wochenschrift 1885 S. 661). Derselbe kam nicht zur Autopsie; H. meint am Schlusse seines Aufsatzes, »dass nach Kenntniss seines Falles es nur noch den Mykologen übrig bleibe, in der That die Gleichheit des Erysipelpilzes mit dem der Pneumonia migrans zu constatiren«. In wie weit die Beobachtung von G. Marcacci, Di una eresipela seguita da pioemia (Giorn. internaz. d. scienze med. 1885 S. 238) mit dem von mir beschriebenen übereinstimmt, kann ich nicht beurtheilen, da mir das Original nicht zugänglich ist.

Aus dem städtischen Krankenhause München r. d. I.

Zur Casuistik der Antifebrinbehandlung.

Von Dr. *Hugo Heinzelmann*, Assistenzarzt.

Die in neuester Zeit von einigen Seiten veröffentlichten Versuche mit einem neuen Antipyreticum, dem Acetanilid oder dem Antifebrin[1]) liessen es uns wünschenswerth erscheinen, das uns zu Gebote stehende Material des Krankenhauses rechts der Isar zu ähnlichen Versuchen zu verwenden und hat mein sehr geehrter Chef, Herr Oberarzt Dr. Zaubzer mich gütigst beauftragt, diese Versuche zu veröffentlichen. Wenn auch, wie ich glaube, die Frage, ob das Bedürfniss nach einem neuen antipyretischen Medicament vorliege, nicht absolut bejaht werden kann, so ist doch andererseits nicht in

[1]) Chem. Formel = C_6H_5NH (CH_3CO).

Darstellung: Anilinöl wird mit Eisessig am Rückflusskühler 1—2 Tage lang gekocht, dann wird das Reactionsproduct abdestillirt. Es geht erst die überschüssige Essigsäure bei 295° C., alsdann das Acetanilid über, welches durch Umkrystallisiren aus heissem Wasser noch gereinigt werden kann. Conf. Pharmaceut. Kalender (II. Theil pharm. Jahrbuch). Verlag von Springer, Berlin 1887.

Abrede zu stellen, dass auch unsere besten Antipyretica gewisse Nachtheile bieten — ich erinnere nur an den hohen Preis des Chinins, an die grosse Dosirung des Antipyrins —, so dass eventuell ein neues Mittel, das die nemlichen Vortheile ohne Nachtheile böte, vielfach Anklang finden könnte. Ob nun das Antifebrin ein solches Mittel ist, darüber wird man ein plastisches Bild sich wohl erst dann machen können, wenn objective Beobachtungen darüber vou verschiedenen Seiten vorliegen.

Die im Krankenhause rechts der Isar angestellten Versuche wurden in der Weise vorgenommen, dass das Antifebrin in acuten und chronischen Krankheitsfällen in den Abendstunden, wo eine Spontanremission des Fiebers am wenigsten zu erwarten stand, in ein- bis höchstens zweimaliger Dosis von 0,25 verabreicht wurde unter gleichzeitiger interner Darreichung von Alcoholicis. War nach einmaliger Gabe von 0,25 Antifebrin die Temperatur nach 2—3 Stunden nicht unter 39,2 gefallen, so wurde meist, insofern sich sonst keine Contraindicationen ergaben, noch ein zweites Pulver verordnet. Mehrere Male wurde 0,5 Antifebrin auf einmal gegeben. Mehr als 0,5 pro die wurde nicht verabreicht. Das Antifebrin wurde in Pulverform und, da es nicht erbrochen wurde, jedesmal per os[2]) gegeben. Indem ich am Schlusse in möglichster Kürze die einzelnen Fälle mit einigen einschlägigen casuistischen Bemerkungen folgen lasse, werde ich versuchen, in dem Nachfolgenden ein Resumé über die damit erzielten Erfolge anzustellen. Von Bedeutung scheint es mir noch zu sein, ob das Mittel am Beginne oder am Ende einer acuten Krankheit angewendet wird, da ja bei steigender Tendenz der Temperaturcurve ein geringerer Temperaturabfall eventuell mehr bedeuten kann als ein tieferer Temperaturabfall bei sinkender Tendenz der Temperaturcurve. Ich habe desshalb, soweit als möglich, die einzelnen Krankheitstage, an denen die Versuche angestellt wurden, angegeben.

Die Zahl der Krankheitsfälle, bei welchen Antifebrin Anwendung fand, beträgt 24 und zwar wurden im Ganzen 74 Dosen verabreicht.

6	mal	wurde	es	angewendet	bei	Typhus abdominalis.
2	»	»	»	»	»	acut. Darmkatarrh.
1	»	»	»	»	»	Scarlat. mit Nephritis.
2	»	»	»	»	»	Pleuritis exsud.
4	»	»	»	»	»	Pneum. crouposa.
1	»	»	»	»	»	Parotitis.
1	»	»	»	»	»	Angina catarrh.
1	»	»	»	»	»	Apoplexie.
1	»	»	»	»	»	Wirbelcaries.
1	»	»	»	»	»	allg. Lues und Phthisis.
4	»	»	»	»	»	chron. Tuberculose.

Die Schlüsse, die wir aus der Beobachtung obiger Fälle (siehe die Tabelle) zogen, waren folgende:

1) Das Antifebrin setzt in den meisten Fällen in der Dosis von 0,25—0,5 das Fieber ziemlich prompt herunter.

Ist es auch — namentlich bei chronischen Leiden nicht ganz leicht, in allen Fällen zu entscheiden, was Antifebrinwirkung, was Spontanremission ist, so glaube ich doch, dass die im Beginne acuter Krankheiten gemachten Antifebrinversuche mit apodiktischer Gewissheit für einen Fieber-herabmindernden Effect der Antifebrindarreichung sprechen. Denn dass man z. B. eine in der ersten Woche des Typhus 3 Stunden nach Antifebrindarreichung erfolgende Remission von 40,1 auf 36,9 [3]) (Collapstemperatur selbstverständlich ausgeschlossen) nicht als Spontanremission ansprechen kann, ist einleuchtend.

2) Der tiefste Temperaturabfall erfolgt meist 2—4 Stunden nach der Darreichung, doch steigt die Temperatur meist ziemlich rasch wieder an. (— In einigen Fällen war 2 Stunden nach dem tiefsten Temperaturabstieg die alte Temperaturhöhe nicht nur nicht wieder erreicht, sondern sogar überschritten worden. —) Ein Vergleich zwischen Antifebrin und Chinin würde vielleicht ergeben, dass bei Antifebrin die Temperaturherabsetzung eine raschere ist, während bei Chinin die niedrigeren Temperaturhöhen länger andauern.

3) Das Antifebrin wird sehr gut vertragen — in allen von uns beobachteten Fällen wurde es nie erbrochen —; die Nebenerscheinungen desselben sind äusserst geringe (nur einige Male wurde profuse Schweissbildung, einmal Schwerhörigkeit, einmal ausgesprochene Mydriasis beobachtet, während artificielle Exantheme, Ohrensausen oder sonst welche unangenehme Nebenerscheinungen nie zur Beobachtung kamen.

4) Die subjectiven Krankheitserscheinungen werden durch das Antifebrin in manchen Fällen entschieden zurückgedrängt. Eclatant ist in dieser Beziehung, abgesehen von anderen Fällen, Fall 15, in welchem Patientin nach Darreichung von Antifebrin eine auffallende Euphorie zeigte und täglich um abermalige Darreichung desselben bat.

5) Eine besonders günstige Einwirkung des Antifebrins auf bestimmte Krankheitsformen resultirt aus den bei uns beobachteten Fällen nicht und konnten wir die von Eisenhart [4]) schon mit grossem Vorbedacht ausgesprochene Vermuthung, dass das Antifebrin bei Typhus abdom. besonders günstig wirke, nicht bestätigt finden — im Gegentheil verliefen zwei der beobachteten Fälle lethal.

Bei den grossen Vorzügen des Antifebrins (kleine Dosis, billiger Preis,[5]) leichte Verträglichkeit, Mangel an unangenehmen Nebenerscheinungen) frägt es sich nun noch, ob dasselbe ein ungefährliches Mittel darstellt, das auch in der Privatpraxis, wo selbstverständlich eine ständige ärztliche Beaufsichtigung des Kranken wie in einem Hospitale nicht möglich ist, jederzeit gegeben werden kann. Ich glaube nun auf Grund der angestellten Versuche zu der Behauptung berechtigt zu sein, dass das Antifebrin, wenn die Dosis von 0,5 pro die nicht überschritten wird, ein sehr ungefährliches Mittel darstellt. Besonders hervorheben möchte ich hier Fall 18, in welchem das Mittel bei einem fast mannsfaustgrossen apoplektischen Herd der linken Gehirnhemisphäre bei bereits bestehendem intermittirendem Pulse per Schlundsonde gegeben wurde. Der Tod trat erst 4 Tage später, also vollständig unabhängig von der Antifebrindarreichung, ein — wohl ein deutlicher Beweis für die Ungefährlichkeit der Antifebrindarreichung in kleinen Dosen! —

Object einer eingehenderen Arbeit mag es sein, den Einfluss des Antifibrins auf die Herzthätigkeit durch Darstellung sphygmographischer Curven klar zu legen!

Ich eile zum Schlusse. Weit entfernt, das Antifebrin als das Antipyreticum κατ' ἐξοχήν der Zukunft anzusehen, glaube ich doch, die Anwendung desselben auf Grund der gemachten Versuche warm empfehlen zu können.

---

[2]) Nach Abschluss dieser Mittheilungen wurde das Antifebrin in einem Falle von Typhus abdom. (Ende der 3. Woche) einer Patientin, die fast alles, auch den ihr dargereichten vin. de Bord. erbrach als Suppositorium (Rp. Antifebrini 0,5; Butyr Cacao 3,0; M. f. suppos.) hoch in den vorher durch Clystier gereinigten Mastdarm eingeführt und dadurch ein Temperaturabfall von 1,5° innerhalb 1 Stunde erreicht.

[3]) Conf. Fall III.

[4]) Conf. Jahrg. 1886 Nr. 47 dieser Wochenschrift: Dr. Eisenhart — Beobachtungen über das Antifebrin (Aus der med. Klinik und Abtheilung des Hrn. Geheimrath v. Ziemssen).

[5]) Wie ich von zuständiger Seite erfahren habe, beträgt

	der Einkaufspreis:	der gewöhnl. Verkaufspreis:
von Antipyrin 2,0	24 pf.	50 pf.
» Chin. mur. 1,0	12 »	50 »
» Chin. sulph. 1,0	9 »	40 »
» Thallin tartar. 0,5	11 »	30 »
» Thallin sulph. 0,5	10 »	30 »
» Thallin tann. 0,5	7 »	20 »
» Antifebrin 0,5	½ »	10?»

Bedenkt man, dass 0,5 Antifebrin, 2,0 Antipyrin, 1,0 Chinin und 0,5 Thallin etwa gleiche Wirkung haben, so ist die Billigkeit des Antifebrins deutlich zu ersehen.

Fall	Krankheit.	Name, Stand, Alter der Patienten. / Casuistische Bemerkungen.	Zeit der Darreichung von Antifebrin	Temperaturhöhe: Zur Zeit der Antif.-Darr.	1 Stunde später	1 weitere Stunde spät.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 6 weitern Std.	Höchster Grad d. Temp.-Abfalls	Geringst. Grad'd. Temp.-Abfalls
1	Typhus abdominalis 4. Woche.	Zerkiebel Joseph, Maler, 41 Jahre alt. Aeusserst schwerer, in vernachlässigtem Zustande dem Hospitale zugegangener Fall, der 7 Tage nach einmaliger Antifebrindarreichung lethal endigte, nachdem die Temperatur unterdessen wieder auf 40,7 gestiegen war. Aeusserst profuse Schweissbildung bald nach Darreichung des Antifebrinpulvers, 4 Stunden nach der Antifebrindarreichung erfolgte ein etwa ½ Stunde andauernder Schüttelfrost. Puls unverändert. Sonst keine Nebenerscheinungen. Weitere antipyretische Versuche contraindicirte die bestehende Herzschwäche.	3. Dec. Abd. 5¼ Uhr Dosis 0,25.	**40,0**		**36,0**	38,6	**39,0**	37,8	37,2	38,6	38,6	4,0	
2	Typhus abdominalis Mitte der I. Woche.	Friedlmaier, Köchin, 24 Jahre alt. Geringe Schweissbildung. Keinerlei Nebenerscheinungen. Lethal. Exitus 7 Tage nach der letzten Antifebrindarreichung. Am 8. und 9. December wurde durch Darreichung einfacher protrahirter Bäder (v. Ziemssen'sches Regime) eine Herabsetzung der Temperatur einmal von **1,2**, einmal von **1,4**, zweimal von **1,6** erreicht.	2. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,8**		**38,5**	**40,0**	39,5	40,3	40,0	39,4	40,4		
			3. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**40,7**		**38,7**	39,6	39,6	**40,2**	39,9	39,7	39,9		
			4. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**40,3**		39,8	39,0	38,7	**38,5**	38,7	**39,0**		3,2	1,3
			5. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**40,5**		**39,0**	39,6	39,8	39,8	**40,0**	40,0			
			6. Dec. zweimal Dos. von 0,25 Abd. 4½ U. u. Abd. 10 U.	**40,0**	39,1	**38,5**	**40,2**	**38,2**	38,2	**40,0**	39,7	40,0		
			7. Dec. zweimal Dosis v. 0,25 Abd. 4½ U. und 9 Uhr.	**40,3**	39,6	**38,2**	**38,9**	nach 1 St. **37,1**	38,4	**40,3**	40,2	39,7		
3	Typhus abdominalis 1. Woche.	Schindlbeck Josepha, Fabrikarbeiterin, 26 Jahre alt. Mässige Schweissbildung; ziemliche Schwerhörigkeit, welche jedoch bereits vor der Darreichung von Antifebrin bestand. Einmal trat nach Darreichung von 1 g Chinin ein Erythema nodosum auf — ein Zusammenhang desselben mit der Antifebringabe war nicht zu constatiren. Auffallend ist die verschiedene Wirkung des Antifebrin an verschiedenen Tagen. Aehnliches war bei Chinin der Fall: einmal wurde durch 0,9 Chin. ein Temperaturabfall von 1,3 innerhalb 3 Stunden, einmal durch dieselbe Dosis ein solcher von 2,7 innerhalb 12 Stunden, einmal durch 1 g Chinin ein Temperaturabfall von 1,4 innerhalb 15 Stunden erzielt. Eine einmalige Gabe von 2 g Antipyrin erzielte innerhalb 5 Stunden eine Temperaturherabsetzung von 2,6°.	7. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis 0,25.	**40,1**	39,3	37,8	1 St. spät. **36,9**	37,3	37,9	38,8	**39,8**	39,9		
			9. Dec. Abd. 5½ U. Dosis 0,25.	**40,2**	38,3	**36,7**	37,8	39,1	**39,9**	38,8	39,6	39,7		
			10. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis 0,25.	**39,0**	37,6	**36,8**	37,0	38,4	**39,5**	40,0	40,1	39,9		
			17. Dec. Abd. 7 Uhr Dosis 0,25.	**39,2**	38,9	**38,6**	**39,3**	39,0	39,5	38,7	38,9	39,4		
			19. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,4**	38,6	37,2	**36,3**	36,7	38,5	**39,5**	39,2	39,6		
			20. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,4**	39,0	**38,7**	38,9		**39,7**	39,0	38,4	39,0	3,5	0,6
			22. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,7**	38,7	**37,0**	37,2	37,5	38,8	**39,0**	38,8	39,0		
			24. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis 0,25.	**39,2**	38,8	**38,1**	38,3	38,4	38,5	**38,8**	38,6	39,0		
			25. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**38,8**	37,9	37,8	**37,0**	37,2	**39,5**	38,5	38,0	39,0		
			26. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis 0,25.	**38,8**	37,5	**36,2**	36,3	**39,2**	39,2	37,9	37,8	38,5		
			31. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis **0,5**.	**38,6**	38,3	37,9	37,2	**37,0**	**38,2**	37,2	37,5	39,1		
4	Typhus abdominalis 1. Woche.	Wagner Katharina, Fabrikarbeiterin, 22 Jahre alt. Mässige Schweissbildung; in den ersten Tagen der Antifebrindarreichung Klagen über starkes Kopfweh und Schwerhörigkeit; sonst keine Nebenerscheinungen. Am 2. Januar war durch einmalige Darreichung von 2 g Antipyrin innerhalb 6 Stunden ein Temperaturabfall von 2,8° erreicht worden; abermaliges Ansteigen der Temperatur nach 2 Stunden; durch ein einfaches protrahirtes Bad (v. Ziemssen'sches Regime) war am 3. Jan. ein Temperaturabfall von 2,2 erzielt worden.	24. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis **0,5**.	**39,7**	39,1	**38,4**	38,9	39,1	39,2	**39,7**	39,3	39,6		
			25. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,5**	38,6	37,8	**37,2**	37,6	39,0	**39,2**	39,0	39,8		
			26. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis **0,5**.	**39,3**	38,7	**36,0**	37,6	39,0	**40,0**	39,0	39,8	39,2	4,2	1,3
			29. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis **0,5**.	**40,2**	38,0	36,4	1 St. spät. **36,0**	38,5	39,2	**39,7**	39,6	39,1		
			30. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis **0,5**.	**39,6**	38,7	36,9	1 St. spät. **36,3**	37,9	38,8	38,6	**39,5**	38,5		
			31. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis **0,5**.	**39,6**	38,0	36,8	**36,0**	38,2	38,0	**39,0**	38,8	39,3		
			1. Januar Abd. 5 Uhr Dosis **0,5**.	**39,4**	37,4	36,6	1 St. spät. **36,0**	36,3	38,3	**39,0**	39,0	39,6		

Fall	Krankheit.	Name, Stand, Alter der Patienten. / Casuistische Bemerkungen.	Zeit der Darreichung von Antifebrin	Temperaturhöhe: Zur Zeit der Antif.-Darr.	1 Stunde später	1 weitere Stunde spät.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 6 weitern Std.	Höchster Grad d. Temp.-Abfalls	Geringst. Grad d. Temp.-Abfalls
5	Typhus leviss. 1. Woche.	Aug. Th., Köchin, 25 Jahre alt.	30. Nov. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,1**	39,0	37,4	**36,7**	37,0	37,7	37,4	37,4	37,4	2,4	2,1
			7. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis 0,25.	**39,4**	38,8	38,1	**37,3**	**38,0**	38,0	37,8	36,8	37,6		
6	Typhus abdominalis Recidive. 7. Woche.	Hermann Anna, Magd, 19 Jahre alt. Mässige Schweissbildung. Keinerlei Complicationen.	9. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,5**	38,5	37,2	**36,0**	36,9	37,7	37,3	37,7	37,8	3,5	2,5
			10. Dec. Abd. 5½ U. Dosis 0,25.	**39,5**		37,7	**37,0**	anhaltend afebril						
7	Acuter Darm-katarh.	Kolbl Joseph, Drechslerlehrling, 16 Jahre alt. Pupillen nach der Antifebrindarreichung ad maxim. erweitert, mässige Schweissbildung — sonst keine Nebenerscheinungen.	29. Nov. Abd. 5 Uhr Dosis 0,25.	**39,4**		38,3	**37,7**	**38,3**				38,9	1,7	
8	Acuter Darm-katarrh.	Resch Franziska, Köchin, 18 Jahre alt.	30. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**38,6**	37,7	**36,9**	37,6	37,8	**38,1**	38,0		37,8	1,7	
9	Scarlatina; acute Nephritis.	Mais Krescenz, 16 Jahre alt, Köchin. Geringe Schweissbildung; keine Nebenerscheinungen.	14. Dec. Ab. 5 u. 7 U. Dosis 0,25.	**40,5**	40,5	**40,4**	40,3	1 St. spät. 39,8	**39,0**	**40,2**	39,6	38,9	3,0	1,5
			15. Dec. Abd. 7½ U. Dosis 0,25.	**39,8**	38,6	nach 2 St. 37,0	**36,8**		37,6	38,6	**39,0**			
			18. Dec. Abd. 7 Uhr Dosis 0,25.	**39,0**	38,8	37,5	1 St. spät. 37,1	**37,0**	37,2	38,0	38,2	37,0		
10	Pleuritis exsud. sin. bestehend seit 14 Tagen.	Gallens Karl, Maurer, 28 Jahre alt. Ziemlich prof. abendliche Schweissausbrüche, die durch Antifebrindarreichung an Intensität zunahmen. Kein deutlicher Collaps, doch wurde Puls nach der Antifebrindarreichung etwas kleiner. Sonst keine Nebenerscheinungen.	12. Dec. Abd. 8 Uhr Dosis 0,25.	**38,5**	36,6	36,3	**35,8**	36,1	37,1	**38,8**	39,2	40,1		
			13. Dec. Abd. 8 Uhr Dosis 0,25.	**38,4**	36,7	**35,7**	nach 1 St. 36,0	36,1	37,1	37,5	**38,8**	38,1		
			20. Dec. Abd. 8 Uhr Dosis 0,25.	**38,0**	36,8	nach 2 St. 36,4	**36,2**	37,1	37,9	**38,2**	39,0	38,1	2,7	1,7
			21. Dec. Abd. 8 Uhr Dosis 0,25.	**39,5**	36,0	36,1	**35,8**	36,8	37,4	**38,2**	37,5	38,0		
			22. Dec. Abd. 8 Uhr Dosis 0,25.	**38,4**	37,3	37,3	**36,0**							
11	Pleuritis exsud. dext. bestehend seit4Tagen.	Reiter Joseph, Taglöhner, 39 Jahre alt. Profuser Schweissausbruch, sonst keine Nebenerscheinungen.	27. Dec. Abd. 7 Uhr Dosis 0,25.	**38,7**	**38,2**	nach 2 St. **38,5**	38,4	38,3	38,2	38,4		39,1		
			28. Dec. Ab.5 u 12 U. Dosis **0,25.**	**39,1**	38,1	37,8	37,7	**37,6**	38,3	38,2	**38,4**	39,3	3,1	0,5
			29. Dec. Abd. 7 Uhr Dosis 0,25.	**38,9**	38,1	37,5	36,0	**35,8**	36,4	36,6	**37,1**	39,5		
			30. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,7**	39,3	37,6	37,5	**37,3**	37,4	37,6	**38,0**	38,8		
12	Pneumonia crouposa. 2. Tag der Erkrankg. Kritischer Tag des Temp.-Abfalls 6. Tag d. Erkrank.	Müller Jakob, Taglöhner, 25 Jahre alt. Ziemlich starke Schweissbildung. Keine Nebenerscheinungen. Nach Antifebrindarreichung grosse subjective Euphorie.	27. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**40,4**	**38,5**	38,9	1 St. spät. **39,0**	38,6	38,6	38,4	39,8	39,3		
			28. Dec. Ab.4 u.10 U. Dosis 0,25.	**39,3**	38,8	37,7	1 St. spät. **37,4**	1 St. spät. 37,5	**38,6**	**38,6**	**39,0**	39,5	3,1	1,9
			29. Dec. Abd. 7 Uhr Dosis 0,25.	**39,2**	38,0	37,5	nach 3 St. **36,1**	37,6	38,1	39,0	38,6	38,4		
			30. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,6**	39,2	38,4	**37,2**	38,0	38,2	38,1	38,0	36,8		
13	Pneumonia crouposa. 2. Tag der Erkrankg. Krit.Temp.-Abfall am 6. Tag der Erkrankg.	Braun Georg, Taglöhner, 70 Jahre alt. Sehr geringe Schweissbildung. Keine Nebenerscheinungen.	30. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**38,2**	38,1	**37,3**	37,5	37,7			**37,8**	38,0	0,9	0,6
			31. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis 0,25.	**38,0**	37,5	**37,4**	37,9	**38,6**			37,1			
14	Pneumonia crouposa. 6. Krankh.-Tag. Krit. Tmp.-Abfall am 8. Tag d. Erkrank.	Eckl Ludwig, Schlosser, 19 Jahre alt. Starke Schweissbildung. Keinerlei Nebenerscheinungen.	16. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,7**	38,6	37,8	nach 3 St. 36,2	**35,7**	36,2	37,1	**38,4**	40,2	4,0	

Fall	Krankheit	Name, Stand, Alter der Patienten. / Casuistische Bemerkungen.	Zeit der Darreichung von Antifebrin	Temperaturhöhe: Zur Zeit der Antif.-Darr.	1 Stunde später	1 weitere Stunde spät.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 2 weitern Std.	nach 6 weitern Std.	Höchster Grad d. Temp.-Abfalls	Geringst. Grad d. Temp.-Abfalls
15	Pneumonia crouposa. 2. Tag der Erkrank. Lyt. Temp. Abfall am 9. und 10. Tag d. Erkrank.	S. F. Mässige Schweissbildung; keine Nebenerscheinungen. Nach Antifebrindarreichung auffallende Euphorie; Pat. bittet täglich um abermalige Darreichung von Antifebrin.	28. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**40,2**	39,4	38,3	**38,2**				**38,6**	39,7		
			29. Dec. Nachm. 3½ u. Ab. 6½ U. Dosis 0,25.	**40,1**	39,8	39,1	nach 1 St. **39,0**	nach 1 St. **39,1**	nach 1 St. **38,8**	38,9	**39,0**	39,4	2,0	0, 8
			30. Dec. Ab. 4 u. 8 U. Dosis 0,25.	**39,6**	39,2	38,6	nach 1 St. **38,2**	nach 1 St. **39,0**	nach 1 St. 38,5	nach 1 St. **37,5**		39,2		
			31. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,4**	38,7	**38,6**					**38,2**	38,8		
			1. Januar Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**39,2**	38,3	**38,1**					**38,5**	39,3		
16	Parotitis.	Luber Wilhelm, Tapezierergehilfe, 17 Jahre alt. Geringe Schweissbildung; keine Nebenerscheinungen.	26. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis 0,25.	**38,8**	38,4	37,5	**36,6**	36,8	37,0	37,1	37,3	37,6	2,2	
17	Angina catarrhalis acuta.	Emendorfer Xaver, Metzger, 17 Jahre alt. Keine Nebenerscheinungen.	25. Dec. Abd. 7 Uhr Dosis 0,25.	**39,5**	38,5	38,0	37,6	**36,8**	37,2	37,4	**37,9**	37,3	2,7	
18	Terminale Apoplexie bei einer seit läng. Zeit an Dement. paral. leid. Pat.	Charlotte J., Privatière, 61 Jahre alt. 4. Tag seit dem Bestehen der Apoplexie. Da der Puls zur Zeit der Darreichung deutlich intermittirend, so werden gleichzeitig Campherinjectionen gemacht. Puls nach der Darreichung unverändert. Lethal. Exit. nach 4 Tagen. Sectionsbefund: Fast mannsfaustgrosser apoplectischer Herd der linken Gehirnhemisphäre.	26. Dec. Abd. 4 Uhr Dosis 0,25 mit der Schlundsonde gegeben.	**39,1**	38,7	38,8	**38,5**	39,0	**39,4**	39,2	39,1		0,6	
19	Wirbelcaries.	Schulthess Robert, 42 Jahre alt, Fabrikarbeiter. Keine Schweissbildung. Keinerlei Nebenerscheinungen.	28. Dec. Nchm. 2 Uhr Dosis 0,25.	**39,1**	38,8	37,8	1 St. spät. **36,9**	37,5	37.8			38,2	2,2	1,7
			29. Dec. Nchm. 4 Uhr Dosis 0,25.	**39,2**	38,4	38,2	**37,5**	**38,3**						
20	Allgemein. Lues. Phthisis pulmonum	Wörl Korbinian, Taglöhner, 48 Jahre alt. Aeusserst profuse Schweissbildung 1 Stunde nach der Antifebrin-Darreichung beginnend. Puls anhaltend gut. Temperatur steigt ohne weitere therapeutische Massnahmen spontan wieder an. Keine sonstigen Nebenerscheinungen.	29. Dec. Nchm. 4 Uhr Dosis 0,25.	**39,1**	37,7	37,1	**34,8**	35,6	36,4	36,9	**37,6**	38,0	4,3	
21	Floride Phthise.	Deisenseer Johann, Säger, 40 Jahre alt. Profuse abendliche Schweissbildung bestand bereits vor der Antifebrindarreichung. Subjectiv grosse Euphorie nach Antifebrindarreichung. Keine Nebenerscheinungen.	23. Dec. Abd. 6 Uhr Dosis 0,25.	**38,7**	38,0	37,1	1 St. spät. 36,8	**36,0**	36,0	36,5	36,0	10 St spät. 39,0	2,7	
22	Floride Phthise.	Zech Anna, Näherin, 28 Jahre alt. Abendliche profuse Schweissbildung bestand bereits vor der Antifebrindarreichung. Keine Nebenerscheinungen.	17. Dec. Abd. 7 Uhr Dosis 0,25.	**39,1**	37,1	**36,1**	37,1	37,6	36,3	**38,6**			3,0	
23	Floride Tubercul. pulm.	Sedlmaier Mar., Taglöhnersfrau, 31 Jahre alt. Mässige Schweissbildung — keine Nebenerscheinungen.	27. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis 0.25.	**39,2**		38,9	nach 1 St. **37,9**		38,4		**38,7**			
			28. Dec. Abd. 7 Uhr Dosis 0,25.	**39,1**		**37,4**					**38,9**	38,4	2,5	1,3
			29. Dec. Abd. 4 Uhr Dosis 0,25.	**39,4**	8,6	37,1	nach 1 St. **36,9**	37,0				37,9		
24	Floride Tubercul. pulmon. et laryngis.	Thalmeier, Hausknechtsfrau, 38 Jahre alt. Mässige Schweissbildung — keine Nebenerscheinungen.	28. Dec. Abd. 5 Uhr Dosis 0,25.	**38,9**		37,9	**37,2**					39,2	2,0	1,7
			29. Dec. Abd. 4 Uhr Dosis 0,25.	**39,2**	38,6	**37,2**	nach 1 St. 37,4	37,6				39,5		

Fall 19, 20, 23 und 24 wurde gütigst von Herrn Dr. Brunner, Oberarzt der chirurgischen Abtheilung, zur Verfügung gestellt.

Rückblick auf die im Jahre 1884 u. 1885 zu München herrschenden Krankheiten.

Von Prof. Dr. *Franz Seitz.*

(Fortsetzung.)

Wir geben die Krankengeschichten von 2 Fällen, von denen der erste durch schwere aufeinanderfolgende Complicationen, der zweite durch öftere Recidive, beide durch das Hinzutreten zu bestehender Bronchitis ausgezeichnet waren.

A. K. 18 Jahre alt, frei von ererbten Krankheitsanlagen, war nach einem in den Kinderjahren überstandenen Anfall von Diphtherie immer gesund und zeigte eine seinem Alter entsprechende körperliche Entwicklung. Ohne jede Veranlassung fühlte er sich seit dem 20. November 1884 unwohl und abgespannt. Er verlor den Appetit und begann zu husten. Unter Steigerung des trocknen Hustens stellte sich am 24. November bei ihm Fieber mit Eingenommenheit des Kopfes und Gliederschmerz ein. Dasselbe dauerte am folgenden Tage an, die Temperatur stieg am Abend auf 38,6° Cels. Der trockne von Athembeschwerde begleitete Husten raubte dem Kranken den Schlaf. Es wurde ihm neben Dct. Alth. mit Ammon. chlor. und Syr. Liq. Abends ein Dower'sches Pulver verordnet. 26. Der Kranke klagt Uebelkeit und Druck im Magen und ist seit mehreren Tagen constipirt. Auf 2 Löffel Tinctr. Rhei aq. er-

folgten 8 dünnflüssige kothige Entleerungen. 27. Empfindliche Schmerzen in den Gelenken der Extremitäten, dazu dauerte der Husten fort, von demselben wurden nur wenig weissliche, schleimige Sputa herausbefördert. Es wurden 3 Dosen des Natr. salycil. zu 1,0 verordnet. 28. Es war darauf reichlicher Schweiss eingetreten. Die Schmerzen an den Gelenken der unteren Extremitäten hatten abgenommen. Dagegen hatten sich solche mit beträchtlicher Schwellung an der rechten Schulter festgesetzt. 29. Bei dem Fortgebrauch des Natr. salicyl. in gleicher Dosis hatte der Schmerz an der rechten Schulter etwas nachgelassen, war dafür aber unter reichlicher Schweissabsonderung um so heftiger mit beträchtlicher Schwellung auf die linke Schulter übergetreten. 30. Der Kranke klagt schmerzhafte Beengung, der erste Herzton ist verstärkt. Nachdem bisher die abendliche Temperatursteigerung 39° C. nicht überschritten hatte, stieg sie heute auf 40°, 120 Pulse. Der Athem war beschleunigt und beschwerlich. Der Kranke war täglich mehrmals mit Schweiss übergossen, sein Harn machte am Morgen reichliches Sediment, das sich bei der Untersuchung aus harnsauren Salzen ohne Eiweiss bestehend erwies. Er erhielt ein Infusum digitalis 10 : 150 mit Syr. rubid. 25,0 und Spir. sinap. auf die Brust gegen die anfallsweise sich steigernde Beengung. 1. December. Beide Handgelenke sind unter grossen Schmerzen beträchtlich angeschwollen; sie werden wie die Fussgelenke, die weniger schmerzhaft und geschwollen sind, mit Baumwollwatt umhüllt. Die abendliche Fiebersteigerung überschreitet 40°, 120 Pulsschläge. 2, Der Kranke verbrachte eine schwere, wegen Beengung und trockenen Hustens schlaflose Nacht. Der Husten fördert zuweilen etwas blutgefärbten schleimigen Auswurf zu Tage. Bei der Auscultation vernimmt man kleinblasige Rasselgeräusche über beiden Lungen und rechts unten rückwärts ein Reibegeräusch. Es wird zur Erleichterung des am Abend stockenden Auswurfs ein Decoctum senegae mit Liquor ammonii anisatus verordnet. Die Temperatur ist auf 39° C. gesunken. Die Hand- und Fussgelenke sind weniger schmerzhaft und etwas abgeschwollen. 3. Unter erneuten Schmerzen stellte sich wieder grössere Schwellung am rechten Hand- und Kniegelenk ein. Husten mit blutig gefärbtem Auswurf dauert an. Am linken unteren Lungenlappen ergibt sich bei der Percussion eine Dämpfung nach rückwärts bis an die Scapula auch nach vorne in der Herzgegend bis zur 2. Rippe und nach rechts bis 1 Fingerbreit über das Sternum hinaus. Von der Herzspitze war nach aufwärts und rechts ein pericardiales Reibungsgeräusch vernehmlich, der Spitzenstoss des Herzens nur schwach fühlbar. Die Temperatur stieg am Abend nicht über 38,5°. Der Husten raubte dem Kranken den Schlaf, wesshalb ihm eine kleine Dosis Morphium (0,005) verabreicht wurde. 4. Die Percussion ergibt eine fortschreitende Ausdehnung des pleuritischen und pericardialen Exsudats bis über die Mitte der Scapula und 2 Fingerbreit über den rechten Sternalrand. Unter heftigen Hustenanfällen wird eine spärliche Quantität schleimigen Auswurfs herausbefördert. Die Zunge ist belegt trocken. Das Fieber steigt nicht über 39° C. am Abend, an dem immer noch reichliche Schweisse eintreten. Der Urin bleibt stark geröthet und zeigt am Morgen reichlichen Niederschlag von harnsauren Salzen. 5. Der Kranke schlief in der Nacht mehr, wurde aber gegen Morgen durch einen Schmerz in der rechten Regio hypogastrica erweckt, dem 5 weiche kothige Entleerungen folgten. Er erhält Mandelmilch und Rothwein mit Wasser zum Getränk, zur Nahrung vorzüglich Milch. In Folge der durch die Athembeschwerde bedingten andauernden Rückenlage zeigt sich heute ein Decubitus am Steissbein, der mit Collodium bedeckt wird. 6. Oefter traten gegen Morgen dünne Entleerungen, von der genossenen Milch hellgefärbt ein. Im ganzen Umfang der vergrösserten Dämpfung in der Herzgegend vernimmt man starkes Reibegeräusch. Der Kranke hat häufige Anfälle trockenen Hustens und reichliche Schweisse besonders am Abend, wo sich immer noch Temperatursteigerung auf 39,3° C einstellt. Er erhielt Tinct. Op. s. Am 7. setzte zum erstenmale die Fiebersteigerung am Vormittag aus. Die Temperatur war auf 37,5 gesunken, stieg aber am Abend wieder auf 39,3°. 8. Die Stühle werden etwas consistenter, die Hustenanfälle am Tage seltener. Die Temperatur erhob sich nicht mehr in der Abendzeit über 38,5° C. Die Hand- und Fussgelenke weniger schmerzhaft und abgeschwollen. 9. Die Dämpfung an der linken Seite des Thorax und in der Herzgegend hat an Umfang abgenommen. Das Reibegeräusch hat sich verloren. Die Herztöne werden vernehmlicher und sind rein. 10. Der Husten tritt selten ein, das Athmen ist freier und langsamer. Die Stühle nehmen an Zahl ab auf täglich 2 von weicher Consistenz. Noch fehlt Appetit und Schlaf. 12. Es sind Schmerzen an den Muskeln der rechten Brustwand, die bei Berührung sich steigern, an Stelle der Schmerzen in den Gelenken getreten, die von Tag zu Tag beweglicher werden. Gleichzeitig hat sich wieder abendliche Fiebersteigerung über 38° C eingestellt, 100 Pulse. 15. Der Schmerz an der Brustmusculatur wird geringer, so dass sich der Kranke in der letzten Nacht guten Schlafes erfreute. Doch traten täglich noch Fieberanfälle, meist 2, einer am Vormittag, der andere am Nachmittag mit Steigerung der Temperatur über 38° C. ein. Auch erfolgen täglich noch einige weiche Stuhlentleerungen. Am 20., nachdem gestern unter gesteigertem Husten Erbrechen von Schleim und zweimal dünnflüssige Stuhlentleerung sich eingestellt hatte, neuerdings Schmerz am rechten Knie, der am 22. auf die Ferse und am 23. auf die Schulter an derselben Seite übersprang, am 25. während der allabendlich noch eintretenden Temperatursteigerung über 38° C. im Abdomen sich festsetzte. Mit seiner Abnahme am nächsten Morgen erbrach der Kranke unter Hustensteigerung, hatte aber von dort an regelmässige Stuhlentleerung. Am 27. waren die Gelenke schmerzfrei und wurden etwas beweglich. Nach reichlichen Schweissen blieb das Fieber vom 30. December an weg. Der Kranke bekam etwas Appetit, den er mit Schinken, weissem Fleisch und etwas Brod stillte. In den ersten Tagen des Januar 1885 kamen die Schweisse weniger, der Urin wurde klarer und reichlicher entleert, und zeigte nur selten mehr Niederschlag. Am 15. versuchte der Kranke zum erstenmale zu stehen und konnte mit Unterstützung einige Schritte gehen. Vom 23. an verbrachte er einige Stunden im Lehnstuhl ausser Bett. Er schritt jedoch bei seiner hochgradigen Blutarmuth in der Reconvalescenz nur langsam vorwärts, so dass er erst im Anfang des März bei günstiger Luft ausser Haus kam.

K. M., 56 Jahre alt, unverheirathet, verlor vor 6 Jahren ihre Menses. Sie war abgesehen von Anaemie und durch Witterungseinflüsse bedingten Katarrhen nie längere Zeit krank gewesen. In der vorletzten Woche des Januar 1884 fühlte sie sich verstimmt, verlor den Appetit und Schlaf und begann zu husten. Auf einige Dover'sche Pulver nahm der Husten ab, dafür stellte sich am 30. Januar Schmerz im Rücken und Fieber ein. Derselbe dauerte am folgenden Tage an, ergriff aber am 1. Februar mit grosser Fiebersteigerung über 40° C. zur Abendzeit die Knie- und Fussgelenke an beiden unteren Extremitäten. Dieselben zeigten beträchtliche Röthung und Schwellung. Der Husten und abendliche Beengung raubten der Kranken den Schlaf. Sie klagte Schmerz in der Herzgegend. Die Untersuchung derselben ergab ein Geräusch an der Herzspitze, über beide Lungen Rasselgeräusche und verschärftes Athmen. Die Kranke erhielt 3 Grammdosen des Natron salicyl., worauf in der Nacht reichliche Schweisse eintraten. 2. Das Fieber machte 2 Steigerungen, die eine mit einer Temperaturerhöhung auf 40° C. am Vormittag, die zweite zur Abendzeit auf 39,5° C. und 100 Pulse. Gelenkschmerz und Schwellung bestanden unverändert. Das Natr. salicyl. wird fortgesetzt. Die Kranke kann nur Suppe, Milch und Wasser mit Eis nehmen. Am 3. zeigt das Fieber einigen Nachlass, auch der Schmerz in den Gelenken. In der Nacht auf den 4. aber steigert sich das Fieber mit dem Husten, und in der Nacht vom 5. auf den 6. sprang der Schmerz auf das rechte Handgelenk mit gleichzeitiger Anschwellung desselben über. Er nahm auf einige Dosen des salicylsauren Natriums am andern Tage etwas ab, trat aber am 9. nach neuer Fiebersteigerung auf das linke über, während das rechte etwas abschwoll, aber am 11. neuerdings ergriffen wurde. Die Kranke war durch die stete Wiederkehr der ihren Sitz wechselnden Gelenklocalisation der Krankheit und die dieselben begleitenden Fiebersteigerungen mit nachfolgenden profusen Schweissen sehr von Kräften gekommen. Die Verdauung

lag darnieder und die Stuhlentleerung fehlte seit einer Woche gänzlich. Sie erhielt darum die Tinctura Rhei aquosa, die einige Entleerungen bewirkte. Am 13. und am 16. stellten sich nach kurzen, durch grosse Salicylgaben bewirkten Pausen neuerdings Schmerzen mit Schwellung in den Handgelenken ein. Beide Rückfälle der Gelenkanschwellung waren mit Fieber: Temperatursteigerung auf 39°C. und 100 Pulse aufgetreten. Die Schwellung dauerte eine ganze Woche an, und ging nur langsam etwas zurück. Ebenso bestand sie an den Kniegelenken und an den Knöcheln fort, nachdem vom Anfang des März an keine grösseren Fieberanfälle sich mehr einstellten. Die Gelenke und die Weichtheile um dieselben blieben angeschwollen, schmerzten bei dem Druck auf dieselben und dem Versuche, sie zu bewegen. Oefter kehrten nach leichtem Frösteln mit darauffolgender Hitze und reichlichem Schweiss zur Nachtzeit stärkere Schmerzen in denselben zurück. Die Kranke blieb in dem Gebrauch ihrer Extremitäten durch diese Schmerzen und eine grosse Schwäche der Muskeln besonders an den unteren Extremitäten gehindert, so dass sie nur mit Unterstützung einige Schritte gehen konnte, bis sie im Frühling die Therme zu Gastein gebrauchte.

Bezüglich des Werthes der Salicylsäure in der Therapie des Rheumatismus können wir den Ausspruch Dr. Friedländer (Leipzig) bei dem 4. Congresse für innere Medicin in Wiesbaden (Verhandlungen des IV. Congresses für innere Medicin in Wiesbaden vom 8./11. April 1885 S. 403) bestätigen, dass dieselbe nur selten den Cyclus der Krankheit coupirt. Doch geben wir nach unseren Erfahrungen dem Natrium salicylicum den Vorzug bei Behandlung des Rheumatismus vor allen anderen gegen diese Krankheit früher gebrauchten Mitteln, wenn es auch nicht wie in unserem oben mitgetheilten ersten Fall die Complicationen und das wiederholte Befallenwerden der Gelenke verhindern kann. Wie es im ersten Fall geschehen, muss man bei dem Hervortreten der Complicationen, der Pericarditis, Pleuritis andere Mittel wie die Digitalis und das Morphin an seine Stelle setzen. Bei den mit remittirendem Fiebertypus eintretenden Rückfällen der localen Erscheinungen an den Gelenken nimmt man nach seiner Anwendung nicht nur eine zeitweilige Abnahme der Fieberhitze, sondern auch eine Abkürzung der Schmerzen in den ergriffenen Gelenken wahr, wie wir sie in unserem obigen zweiten Fall und bei anderen derartigen Erkrankungen beobachtet haben. Das nach dem Vorgang Immermann's von vielen Seiten bei Behandlung des Rheumatismus empfohlene Antipyrin haben auch wir versucht. Der praktische Arzt Dr. Sigfried Lehmann hat in seiner Inaugural Dissertation: Versuche mit Antipyrin bei Rheumatismus. München 1886, 28 Fälle aus der medicinischen Poliklinik, die ihm zur Beobachtung der Wirkung des Mittels überlassen worden waren, beschrieben. Es wurden täglich 3—4 g im Zwischenraum von 3—4 Stunden je 1 g, 10—25 g im Ganzen gereicht. Auch nach dem Rückgang der Erscheinungen der Krankheit liess man den Reconvalescenten täglich 2 g in getheilten Gaben noch einige Tage fortnehmen. Schon nach 3—4 Dosen wurde auch in schweren Fällen bald Abnahme der Schmerzen und der Schwellung in den ergriffenen Gelenken wahrgenommen. Gleichzeitig sank auch die Temperatur und die Pulsfrequenz. 23 Kranke wurden nur mit Antipyrin behandelt. 5 hatten vor demselben schon Natrium salicylicum erhalten und fanden von der Anwendung des Antipyrins sich in ihren Schmerzen mehr erleichtert als nach dem vorausgegangenen Gebrauch des Natrium salicylicum. Das Antipyrin scheint von Werth in Fällen, in welchen das Natrium salicylicum nicht den gewünschten Erfolg leistete. Eine Verhütung von Complicationen und Recidiven konnte in den Fällen, in welchen es gleich im Beginn der Erkrankung angewendet wurde, nicht constatirt werden. In keinem Falle kamen unangenehme Nebenwirkungen desselben zur Beobachtung.

Der Keuchhusten zeigte im Jahre 1884 eine grössere Verbreitung und Sterblichkeit als in den beiden vorausgegangenen Jahren. Von 49 Todesfällen im Jahre 1883 stieg ihre Zahl auf 135 im Jahre 1884, fiel aber im Jahre 1885 auf 35 herab. Die höchste Ziffer der Todesfälle, 16, traf im Jahre 1884 auf den Monat Juni, die nächsthohe, 15, auf den Mai, im Jahre 1885 die höchste, 7, auf den Monat Januar, ihm folgte der Februar mit 6 Fällen. In beiden Jahren überwogen die Todesfälle des weiblichen Geschlechts im ersten 81, im zweiten 22, die des männlichen nämlich 54 im Jahre 1884 und 13 im Jahre 1885. Die Mehrzahl der Gestorbenen stand im 1. Lebensjahr: Im Jahre 1884 31 männlichen, 34 weiblichen, im Jahre 1885 6 männlichen und 13 weiblichen Geschlechts. Im 2. Lebensjahre starben im Jahre 1884: 14 Knaben und 24 Mädchen; im Jahre 1885: 4 Knaben und 8 Mädchen. Im Alter zwischen 5 und 10 Jahren im Jahre 1884: 2 Knaben und 3 Mädchen. Darüber hinaus kam kein Sterbefall an Keuchhusten im Jahre 1884 zur Anzeige, im Jahre 1885 keiner mehr über das 3. Jahr. Von den 20 von uns mit Vin. stibiatum, Chinin, Extractum Belladonnae und Aqua Amygdal. amar. behandelten Fällen von Keuchhusten nahm keiner einen tödtlichen Ausgang.

Das Jahr 1884 blieb von Todesfällen an Pocken ganz frei. Im Jahre 1885 ereigneten sich 14, die meisten, 5 im Monat November, je 2 im April, August und December, je 1 im Mai, Juni und October. Im November kamen 2 erwachsene Frauen mit reichlicher Entwickelung des Blatternexanthems in poliklinische Behandlung, die unverweilt in's Blatternspital gebracht wurden. Unter Durchführung der gesetzlich angeordneten Massregeln erfolgte in den Häusern, in welchen die Kranken wohnten, keine weitere Erkrankung. Mit Varicellen hatten wir im Jahre 1884 8, im Jahre 1885 11 Fälle bei Kindern zu behandeln.

Die Masern nahmen während der beiden letztverflossenen Jahre unter den zymotischen Krankheiten eine hervorragende Stelle ein. Der Procentantheil derselben an der Gesammtsterblichkeit berechnete sich im Jahre 1884 auf 1,49, im Jahre 1885 auf 1,83. Wenn auch die durch dieselben im Jahre 1883 veranlasste hohe Ziffer von 329 Sterbefällen im Jahre 1884 auf 110 sank, so brachte doch das Jahr 1885 wieder eine Steigerung derselben auf 138. In beiden Jahren traf die Mehrzahl der Maserntodesfälle auf die erste Hälfte des Jahres, die Winter- und Frühlingsmonate. Im Jahre 1884 lieferte der Januar 23, der Februar 21, der März 14, der April 11 Todesfälle. Sie sanken im Mai auf 3, Juni 4, Juli und September auf je 2, erhoben sich im August, October und November auf je 7 und im December auf 9. Im Jahre 1885 begann mit dem Januar eine Mehrung der Todesfälle auf 25. Ihre Ziffer blieb eine hohe, im Februar 20, März 27, April 21, Mai 23 und Juni 18 Sterbefälle an Masern. Von dortan sank sie im Juli auf 2 und August 1 Todesfall. September, October und December brachten keinen, November nur einen vereinzelten Sterbefall. In beiden Jahren erlagen mehr Mädchen, 1884 60 und 50 Knaben, 1885 74 Mädchen und 64 Knaben der Krankheit.

Nach dem Alter trafen von den an Masern Gestorbenen im Jahre 1884 34 auf das erste, 45 auf das zweite, 22 auf das dritte, 4 auf das vierte, 2 auf das fünfte Lebensjahr, 4 auf das Alter zwischen 5 und 10 Jahre, in späteren Jahren kam kein Maserntodesfall mehr vor. Im Jahre 1885 standen von den Gestorbenen 58 im ersten, 44 im zweiten, 14 im dritten, 10 im vierten, 5 im fünften Lebensjahre, 4 im Alter zwischen 5 und 10 Jahren. Drei Personen wurden in späterem Lebensalter, je eine zwischen 30 und 35, zwischen 55 und 60 und zwischen 60 und 65 Jahren von der Krankheit hinweggerafft. Nach der Uebersicht der Bevölkerungsvorgänge in deutschen Städten mit 15000 und mehr Einwohnern im Jahre 1884 und im Jahre 1885 in den Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes, Neunter Jahrgang Nr. 25, S. 307 und Zehnter Jahrgang, Beilage Nr. 51, S. 770 ist die Mortalitätsziffer an Masern (auf 10,000 Lebende berechnet) hier von 13,7 im Jahre 1883, im Jahre 1884 auf 4,6 herabgegangen, im Jahre 1885 aber wieder etwas auf 5,3 gestiegen. Die geringste Mortalitätsziffer an Masern unter den bayerischen Städten hatte Kaiserslautern 0,7, die höchste Nürnberg 22,0. Die 33 Fälle, die in beiden auf einander folgenden Jahren in unsere Behandlung kamen, nahmen günstigen Ausgang. Rötheln beobachteten wir seltener als in früheren Jahren, nur 2 Fälle.

Der Scharlach hat in beiden letztverflossenen Jahren hier keine grosse Verbreitung erlangt und eine mässige Sterblichkeit im Jahre 1884, von 71 Personen 46 männl., 25 weibl., und

im Jahre 1885 von 61, 35 männl., 26 weibl. Geschlechts verursacht. Sein Procentantheil an der Gesammtsterblichkeit berechnet sich für das erste Jahr auf 0,96, für das zweite auf 0,81. Auf 10,000 Lebende starben im ersten Jahr 3,0, im zweiten 2,4. In beiden Jahren fiel die grösste Sterblichkeit an Scharlach in den Frühling. Im Jahre 1884 wies der Juni die meisten Todesfälle 12, nach ihm der April und October je 9, im Jahre 1885 die meisten der Mai 13, nach ihm der Juni 10 Scharlachtodesfälle auf. In beiden Jahren traf die geringste Ziffer je 2 auf den December. Wie in früheren Jahren zeigte auch in den beiden letztverflossenen das erste Lebensjahr weniger Todesfälle an Scharlach, 1884 nur 4, 1885 nur 3 als die folgenden, so das zweite 1884 7, 1885 9, das dritte 1884 15, 1885 9, das vierte 1884 17, 1885 9, das fünfte 1884 7, 1885 10.

Auf das Alter von 5—10 Jahren kamen im Jahre 1884 14, im Jahre 1885 18 Scharlachtodesfälle. Bei den höheren Altersgruppen ereigneten sich in der 16./20. und 20. 25. nur vereinzelte Sterbefälle, im Jahre 1885 einige im Militär, da von den in den Kasernen ergriffenen Kindern von Unterofficieren die Krankheit sich häufiger als sonst der präsenten Mannschaft mittheilte, von der über 100 Mann in den ersten 5 Monaten des Jahres mit Scharlach im Militärspitale behandelt wurden.

Da erkrankte Kinder der pädiatrischen Poliklinik zugewiesen werden, hatten wir nur 15 Fälle zu behandeln, die sämmtlich günstig verliefen. Von einer Anzahl von Beobachtern liegen schon Beschreibungen von Mikroorganismen, meist Coccenformen vor, in die von ihnen das Contagium des Scharlachs verlegt worden ist. Wenn nicht wie für die Tuberculose und den Typhus bis jetzt eine Uebereinstimmung bezüglich des specifischen Erregers der Masern- und der Scharlachkrankheit zu Stande gekommen ist, so zweifeln wir doch nicht, dass beiden Krankheiten ein solcher zu Grunde liegt, der wohl auch noch aufgefunden wird. Auf diese Ueberzeugung gründeten wir die Anwendung des Alkohol in Form von Cognac und Arrak in beiden Krankheiten, über die wir schon in unserem letzten Berichte ausführlicher gesprochen haben. Wir sahen, wie früher auch in den letzten Jahren bei seiner Anwendung die Fiebererscheinungen bei Masern- und Scharlachkranken bald abnehmen und auch die örtlichen Symptome schwinden. Doch wendeten wir die Alcoholica neben den genannten auch Wein nicht ausschliesslich an, sondern ausserdem andere antifebrile Mittel: die Kälte und das Chinin.

Wir geben in Folgendem die Geschichten von 2 Fällen von Scharlach, die im Juni 1885 in poliklinische Behandlung kamen, nach dem in derselben Arbeiterfamilie, die in einem Rückgebäude Theresienstrasse Nr. 148 zwei Zimmer bewohnt, zwei Söhne 14 Tage früher gleichzeitig an Diphtherie erkrankt waren. Als am 17. Juni für die 12jährige Tochter B. T. poliklinische Hilfe nachgesucht wurde, war der ältere Bruder unter unserer Behandlung schon genesen, der jüngere zeigte noch eine erbsengrosse Exulceration an der linken Tonsille. Das bisher gesunde, wohlgebaute Mädchen war am 16. Juni nach der Heimkehr aus der Schule mit Frösteln, Kopfweh und Schluckbeschwerde erkrankt. Nach einer unruhigen Nacht fand man beim ersten Besuch am 17. die Schleimhaut im Rachen, an beiden Gaumenbögen und den Tonsillen geröthet und geschwellt, Schluckbeschwerde, die Zunge weissgelblich belegt, Abendtemperatur 39,4° C., 110 Pulse. Die Kranke erhielt einen kalten Umschlag an den Hals und eine Lösung von Kali chloric. zum Gurgeln. 18. Im Rachen gesteigerte Schwellung, Röthe und Schluckbeschwerde. Nach starken Gliederschmerzen hat sich am Morgen mit lästigem Jucken ein Ausschlag in der Form dicht zusammenstehender, rother Pünktchen am Halse und der Brust entwickelt. Abendtemperatur 40,2° C., 120 Pulse. Kalte Waschungen, um die lästige Hitze und das Jucken an der Körperoberfläche zu mildern. Eiswasser zum Trinken. Zur Nahrung Suppe und Milch. 19. Der Ausschlag ist über die ganze Körperoberfläche verbreitet, an der Streckseite der oberen Extremitäten und an den Händen erheben sich über der diffusen Röthe kleine, dunkelroth gefärbte Knötchen. An der linken Tonsille zeigt sich ein grauweisser, umfänglicher Belag. Ein solcher ist auch an der Hinterwand des Pharynx sichtbar. Die Submaxillardrüsen dieser Seite sind stark angeschwollen. Temperatur 40,5, 130 weiche Pulse. Es wird Chinin. hydrochlor. 10,0 auf 120,0 Aq. dest. und Syr. rub. id. 25,0 zweistündlich 1 Löffel voll, Aq. Calcariae zum Gurgeln und ein Kaffeelöffel voll Arrak auf 1 Quart Zuckerwasser zum Trinken verordnet. 20. Die Beläge im Schlunde dieselben, auch besteht der Ausschlag über die ganze Körperoberfläche verbreitet, Himbeerzunge. Der Urin sparsam, geröthet, frei von Eiweiss. Die Temperatur 40,1° C., 120 Pulse. Die Behandlung die gleiche. 21. Die Beläge an der hinteren Pharynxwand und der linken Tonsille stellenweise abgefallen. Die Drüsenschwellung und Schluckbeschwerde geringer. Das Exanthem noch in ganzer Ausdehnung von mehr rothbräunlicher Färbung sichtbar. Die Temperatur auf 38,0° C. herabgegangen. 22. Die Beläge im Rachen haben sich gelöst. Die Kranke kann bei geringer Schlingbeschwerde flüssige Nahrung zu sich nehmen. Temperatur 37,6. 23. Die Kranke ist fieberfrei und bekommt Appetit. 25. Am Halse beginnt sich die Epidermis in kleinen Blättchen abzulösen. 28. Die Abschuppung dehnt sich über den ganzen Körper aus. 3. Juli. Sie dauert bei dem Gebrauche warmer Bäder fort bis zur Mitte des Monats, zu welcher Zeit die Kranke zu voller Reconvalescenz gelangt.

Milder noch als in diesem Falle verlief der Scharlach bei der 6 Jahre jüngeren Tochter derselben Familie. R. T., ein bislang gesundes, wohlgenährtes Mädchen erkrankte am 21. Juni, nachdem ihre Brüder in ihrer Erholung so weit fortgeschritten waren, dass sie ausgehen konnten und da ihre Schwester noch vom Scharlachausschlag ganz überzogen zu Bette lag, mit Frösteln, Schling- und leichter Athembeschwerde. Die Untersuchung des Rachens ergab leichte Schwellung und Röthung der Tonsillen. Andern Tages dauerte die Schlingbeschwerde und Appetitlosigkeit an. Am dritten Tage Morgens erschien der Scharlachausschlag am Halse und auf der Brust und breitete sich an diesem und dem folgenden Tag, den 24. Juni, unter leichten Fiebererscheinungen über die ganze Körperoberfläche aus. Die Erscheinungen im Pharynx blieben auf Röthung und Schwellung der Tonsillen und des weichen Gaumens beschränkt, die sich nach vorne über die Zunge erstreckten, deren Papillen wie gewöhnlich bei Scarlatina geröthet hervorragten. Die Temperatur stieg nicht über 39,6° C. Die Pulsbeschleunigung nicht über 120 Schläge in der Minute. Der spärlich geröthete Harn war frei von Eiweiss. 25. Juni. Wie im vorigen Falle erheben sich auch an den Oberarmen und Händen papulöse Erhabenheiten. Abendtemperatur 39,7° C. Behandlung: Kalte Waschungen Aq. Calcariae zum Gurgeln, Arrak im Wasser zum Getränk. Am 26. sank die Temperatur auf 38,4° C. Die Röthung und Schwellung an der Schleimhaut des Pharynx und des Mundes war zurückgegangen. Am 27. war das Exanthem abgeblasst, die Temperatur 37,6° C. Am 29. begann die Abschuppung am Halse und an der Brust, die bei dem Gebrauche von warmen Bädern sich allmählig über die ganze Körperoberfläche ausdehnte. Bei ruhigem Schlaf und gutem Appetit machte die Kranke in ihrer Reconvalescenz rasche Fortschritte, so dass sie am 13. Juli das Bett verlassen konnte. Die Geschichte dieses leicht verlaufenen Scharlachfalles ist nur darum von Interesse, weil sie einen Beleg für die Immunität mancher Personen gegen das Contagium der Diphtherie gibt. Das zuletzt erkrankte jüngste Kind der Familie T. konnte wegen der beschränkten Wohnungsverhältnisse derselben von den drei früher an Diphtherie erkrankten älteren Geschwistern nicht getrennt werden, blieb aber, obgleich an Scharlach mit der diesem eigenthümlichen Schleimhauterkrankung des Pharynx, die sonst eine Anlage für die Diphtherie begründet, von dieser verschont.

(Fortsetzung folgt.)

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Subphrenischer Abscess, mit Empyem der Pleura in Verbindung stehend. (Aus der Abtheilung des Herrn Geheimrath Prof. Dr. v. Ziemssen; mitgetheilt von Dr. R. v. Hösslin.)

Am 5. October 1884 wurde eine Dame von 30 Jahren in

das Krankenhaus aufgenommen. Dieselbe wurde an diesem Tage von Gastein hieher transportirt, und hatte daselbst eine vierwöchentliche linksseitige Brustfellentzündung durchgemacht. Der Schwächezustand war ein enormer; die Dyspnoe hochgradig, 60 Resp. in der Minute, Puls 120, klein, Temp. 39,0, starke Cyanose. Die linke Thoraxseite war stark ausgedehnt, blieb bei der Respiration völlig zurück; Percussionsschall daselbst völlig leer. Die Dämpfung reichte nach unten vorne zwei Finger breit unterhalb des Rippenbogens, hinten bis zur zehnten Rippe. Das Herz war stark nach rechts verlagert. Leberdämpfung in normalen Grenzen. Leib unbedeutend aufgetrieben. Direct nach der Aufnahme wurden 600 ccm hässlichen, sehr penetrant riechenden Eiters durch Aspiration entleert, ausserdem auch Luft von gleichem Geruche. Auffallend war hierbei neben der fortwährenden Entleerung von Luft, dass nach Entfernung des genannten Quantums Eiter eine weitere Entleerung von Flüssigkeit nicht mehr zu erzielen war (Communication mit einem lufthaltigen Organ).

In der Nacht blieb der Zustand ein unveränderter, nur das Abdomen war stärker aufgetrieben, die Athemnoth war nicht geringer. Auf Veranlassung meines hochverehrten Chefarztes, Herrn Geheimrath v. Ziemssen, machte ich Vormittag 11 Uhr die Resection der 7. Rippe in der Axillarlinie (ca. 2 1/2 cm). Nach Durchtrennung der 1 1/2 cm dicken Schwarte ergiessen sich grosse Mengen Eiter von ausgesprochenem Darmgeruch aus der Abscesshöhle. Ein vorfallendes Stück Netz fordert zur Digitaluntersuchung auf, welche ergab, dass es sich um einen grossen subphrenischen Abscess handelte, welcher durch eine für den Zeigefinger durchgängige Oeffnung des Zwerchfells mit der linken Pleurahöhle communicirte. Die Milz liess sich sehr deutlich abtasten, ebenso die untere Lungenfläche. Eine Drainage wurde in die Abscesshöhle eingelegt, eine zweite durch die Perforationsöffnung im Zwerchfell in die Pleurahöhle geschoben. Im Verlauf der nächsten 24 Stunden trat eine so bedeutende Verschlimmerung ein, dass der Tod der seit einiger Zeit bewusstlosen Kranken in nächster Aussicht stund. Obwohl der Puls kaum mehr fühlbar und sehr frequent war (136), obwohl die Lippen eine livide Farbe angenommen hatten und alle Zeichen des Collapses vorhanden waren, erholte sich die Kranke unter Anwendung der verschiedenen Analeptica ein wenig, und die Temperatur sank unter 39. Vom 6. Tage an nahm die Besserung rapide zu und die Kranke war am 7. Tage nach der Aufnahme afebril und sehr gekräftigt. In der Reconvalescenz stellten sich starke Schmerzen in der Wundgegend ein, welche nach Entfernung eines gesplitterten Rippenstückchens wichen. Am 25. November konnte Patientin mit wenig secernirender Fistel die Reise in die weite Heimath (Pommern) antreten. Zu Hause soll noch ein Recidiv, vermuthlich eine neue Eiteransammlung, aufgetreten sein, nach dessen Operation dauernde Heilung eintrat.

Ob es sich um ein langsam perforirendes Ulcus ventriculi gehandelt hatte, war nicht festzustellen, da die Angaben der Patientin keine sicheren Anhaltspunkte hiefür gaben. Ausserdem bestand die Möglichkeit, dass ein Fremdkörper, welcher vom Magen aus perforirt war, die Eiterung veranlasste. Der Durchbruch muss auf jeden Fall langsam erfolgt sein, da ohne vorherige Verlöthung der einzelnen massgebenden Bauchorgane eine diffuse Peritonitis eingetreten sein müsste.

Der Fall möchte in Folge des günstigen Verlaufes der Beachtung werth sein.

58 zum Theil schwere Bisswunden geheilt; mitgetheilt von Dr. Grassl, prakt. Arzt in Vilshofen.

Am 4. November 1886 wurde das 8jährige Mädchen des Steinmetz Gsottberger in Aubing bei Aicha i./W. von zwei Hunden überfallen und schrecklich zugerichtet. Am Kopf wurde die Kopfschwarte in der Gegend der Pfeilnaht in der Grösse von 2 cm Länge und 10 cm Breite abgerissen, so dass der Knochen in der genannten Grösse blos lag. Ausserdem waren am Kopf noch 5 einfache Bisswunden in der Länge von 2 bis 7 cm. Das linke Ohr hing nur mehr an einer 1 1/2 — 2 cm breiten Brücke, das rechte Ohr war durch einen Riss von oben bis unten in 2 Theile getheilt. Im Gesicht waren 7 Wunden von verschiedener Grösse 1/2—6 cm lang und 1/2—2 cm breit; manche hatten die Wange durchbohrt und am rechten Arm befanden sich 6 Bisswunden, von denen 3 bis zu den Knochen gingen. Brust und Bauch waren frei. Am Aergsten ausser dem Kopf waren die beiden Füsse zugerichtet. Nicht weniger als 27 Wunden zählte ich da; von denen 25 grosse Defecte darstellten. Wie am Kopf so hatten die Bestien auch hier möglichst tief, bis auf den Knochen hinein gebissen, dort aber die Zähne nicht geöffnet, sondern erst recht zusammengebissen und dann die betreffenden Stücke herausgerissen. Da das Kind auf dem Gesichte lag, hatten sie vorzüglich die Wadengegend traktirt. Als ich gerufen wurde, fand ich die Wunden voll Koth und Strassenschmutz; die sorgfältigste Desinfection war das Erste. Bei der Grösse der Wundoberfläche war es mir anfangs sehr fraglich, ob das Kind am Leben bleiben würde und die Ausheilung an den Füssen erschien mir besonders zweifelhaft, da zwischen den einzelnen Wunden oft nur 1/2 cm breite, gut erhaltene Haut war. Der Verband wurde mit 10 Proc. Jodoformgaze mit sehr viel Salicylwatte gemacht. Der Verbandwechsel fand anfangs alle 3, später alle 6, ja 8 Tage statt; die Eiterung war eine minimale; ein Lappen mit scheinbar genügender Brücke, der angenäht worden war, starb brandig ab und musste entfernt werden. Besonders interessant war das Wachsen der Granulationen am Kopfe. Ich fürchtete sehr das Absterben des blosliegenden Kopfknochens, allein heute nach 11 Wochen ist der ganze Defect durch Granulationen ersetzt, so dass ich eine vollständige Heilung erwarten darf.

Referate und Bücher-Anzeigen.

Dr. **A. Landerer: Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie.** Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

Die Prostatahypertrophie tritt am häufigsten als Hypertrophie besonders des mittleren Lappens auf, welcher als mehr oder weniger charakteristische Geschwulst in die Blase hineinragt, die Harnentleerung behindert und so Beschwerden verursacht. Gelegentlich eines Steinschnittes quetschte L. einen Theil des mittleren Lappens einer stark hypertrophischen Prostata ohne es zu wollen mit der Steinzange ab, der Erfolg für die Wegsamkeit der Harnröhre in diesem Falle ist seit 1 Jahr ein so günstiger, dass L. sich veranlasst fühlt, bei dieser Form des Leidens das Abquetschen der hypertrophischen Partie der Prostata mittels einer modificirten Polypenzange als Operationsmethode zu empfehlen. Die Technik der Operation entspricht der von Thompson für die Entfernung von Blasentumoren angegebenen — und soll nach Versuchen an Leichen, welche L. ausführte, leicht ausführbar sein. — Der Heilungsvorgang erfolgt wahrscheinlich durch Bidung einer festen Narbe, welche für eine erneute Hypertrophie ein wirksames Hinderniss bildet.

Passet.

H. Fritsch: Ueber die Verwendung der Jodoformgaze in der Gynäkologie. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge Nr. 288. 1886. 22 p.

Die vorliegende Abhandlung gibt viel mehr als ihr schlichter Titel verspricht. Was Verfasser bei der Erörterung der verschiedenartigen Verwendung des Jodoforms zu gynäkologischen Zwecken aus der Fülle seiner Erfahrung einfliessen lässt, ist nicht allein durch seine vorzügliche Brauchbarkeit bei den kleinen Verrichtungen der Alltagspraxis ausgezeichnet, sondern vielfach auch geeignet im Verein mit ähnlichen Erfahrungen von chirurgischer Seite für die Technik schwerer Operationen in der Peritonealhöhle eine hohe Bedeutung zu gewinnen.

Die trockene Behandlung nicht operabler Uteruscarcinome mittelst des Jodoformgazetampons, der leicht eingelegt, bis zu 10 Tage und länger liegen bleiben und ebenso leicht und rasch wieder entfernt werden kann, sowie mittelst des Jodoformtanninpulvers nach den Angaben von Fritsch wird von Jedem als ein grosser Fortschritt begrüsst werden, der die Unannehmlichkeiten und Nachtheile der früheren Ausspülungsmethoden und der Tamponade mit Watte, welche in adstringirende oder desinficirende Flüssigkeiten getaucht war, bei einer grösseren Anzahl dieser traurigen Fälle kennen zu lernen Gelegenheit hatte.

Mehrere Fälle, wo nach Exstirpation vereiterter Ovariencysten auf grosse im Peritoneum zurückgelassene Wundflächen Jodoformgaze direct aufgelegt und frei in der Abdominalhöhle zurückgelassen wurde und ihre Aufgabe zu desinficiren und das zu erwartende Secret in sich aufzunehmen aufs vollkommenste erfüllte, während in der Zwischenzeit die Därme um die Gaze herum verklebten, wo ferner grosse Abscesshöhlen, wo zurückgelassene Fruchtsäcke nach Herausnahme des extrauterin gelagerten Foetus durch Jodeformgaze aseptisch und trocken erhalten, sich in kurzer Zeit schlossen, illustriren und begründen zur Genüge den zweiten Theil des obigen Urtheiles.

E. Bumm.

Dario Baldi: Effetti della recisione delle radici posteriori sui movimenti. Lo Sperimentale, Settembre 1885.

Es ist dem Verfasser der sehr beachtenswerthen Arbeit gelungen, fünf Hunde, denen einseitig oder beidseitig die hintern Wurzeln der zu einem Vorder- oder Hinterbeine gehenden Nerven durchschnitten waren, Monate lang am Leben zu erhalten. Hatte die Operation ihren Zweck ganz erreicht, so war ein normaler Gang mit dem betreffenden Gliede nicht mehr möglich; das letztere wurde manchmal beim Gehen hängend und unthätig getragen; die Schritte wurden mit demselben zu gross oder zu klein gemacht, das Glied wurde oft stark auf den Boden geschlagen oder erreichte umgekehrt den Boden gar nicht, wenn es auftreten sollte, oder es berührte den Boden mit der dorsalen Seite, worauf das Thier zu fallen drohte. An das kranke Bein gebundene Gewichte bis über 300 g wurden vom Thiere nicht beachtet und hatten keinen Einfluss auf die Bewegungen, während der Hund nicht gehen wollte, wenn das Gewicht an das gesunde Bein gebunden war. Ganz unnatürliche Lagen des afficirten Gliedes wurden nicht corrigirt. Andere als Gehbewegungen, z. B. Kratzen, konnten ausgeführt werden, wenn auch nicht immer mit normaler Sicherheit. Die Kraft der anästhetischen Glieder war nicht vermindert. — Hunde, denen die hintern Wurzeln der obersten Rückenmarksnerven einseitig durchschnitten waren, trugen den Kopf auf die intacte Seite gedreht. — Die Operationstechnik wird sehr genau beschrieben.

In einer anschliessenden längeren Besprechung, die nichts wesentlich Neues bietet, behauptet Verf. gegenüber Wundt u. A. gestützt auf diese Experimente und aus verschiedenen anderen Gründen, dass wir niemals den Willensimpuls, sondern bloss die vollführte Muskelcontraction fühlen können.

Die Arbeit wirft ein neues Licht auf die durch Unterbrechung centripetaler Bahnen entstandenen Bewegungsstörungen beim Hunde. Da die oben beschriebenen Symptome die grösste Aehnlichkeit haben mit denen bei Zerstörung der motorischen Rindencentren, so gibt sie auch eine gewichtige Stütze für die Auffassung der Letztern als »Fühlsphäre« (Munk) d. h. als Centren der Empfindung überhaupt und des Muskel- und Stellungsgefühls im Besondern.

Bleuler-Rheinau.

H. Helmkampff (Elster): **Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Mundes und Rachens, sowie der Krankheiten der Zähne.** Stuttgart, Verlag von F. Enke 1886.

Das Gebiet der Mund- Rachen- und Nasenkrankheiten ist in letzten Jahren der Gegenstand eingehender Forschung geworden. Das vorliegende Werk beschäftigt sich hauptsächlich mit den Krankheiten des Mundes und des Rachens, aber auch abweichend von dem bisherigen Usus mit den Erkrankungen der Zähne. Wenn der Verfasser sagt, es sei an der Zeit, dass der praktische Arzt sich mehr, als bisher geschehen, um Zahnkrankheiten interessire, so kann man ihm nur Recht geben. Die Darstellung der Zahnkrankeiten ist, wenn auch kurz, doch ziemlich erschöpfend und lesenswerth. Sehr ausführlich ist die Schilderung der Mundkrankheiten. Das Hauptgewicht legt Verfasser stets auf die Therapie, bei welcher er eine grosse Zahl älterer und neuerer Mittel einer scharfen zuweilen allzuscharfen Kritik unterzieht. Die Prognose der Leukoplakie hält es stets für zweifelhaft; die Behandlung mit antisyphilitischen Mitteln für verfehlt; die neudings von Joseph empfohlene Milchsäure wurde schon von Schiff 1855 angewendet. Der bei Lori vielfach angewendete Borax und das Kalichloricum soll nach Kehrer die Wucherung des Pilzes nur begünstigen; Verfasser empfiehlt Jod, Carbol, Thymol. Die Angina Ludovici ist nach Roser eine selbständige Krankheit, die zum Theil epidemisch auftritt, wahrscheinlich durch einen Infectionspilz von der Mundrachenhöhle aus erzeugt wird und eine acute Entzündung der Unterkieferspeicheldrüse und des dieselbe umgebenden Bindegewebes darstellt.

Verhältnissmässig zu kurz sind die Krankheiten des Rachens weggekommen. Als Abortivmittel bei acuter Angina gibt Verfasser mit Erfolg sofort beim Entstehen der Krankheit ½ Theelöffel voll unverdünnt, 3—4 mal in etwa halbstündigen Zwischenräumen. Den sogenannten Pavor nocturnus der Kinder bringt Verfasser mit Recht in Verbindung mit Hyperthrophie der Tonsillen, indem die Athmung dadurch erschwert und die Ernährung des Gehirns gestört werde. Ein grimmiger Feind der Tonsillotome ist der Verfasser; wenn auch Referent nicht leugnet, dass denselben manche Nachtheile anhängen, so hält er doch namentlich in der Kinderpraxis die Operation mit dem Messer sehr oft für höchst schwierig und das Tonsillotom für ein sehr segensreiches Instrument, namentlich wenn man, wie so oft, ohne geschulte Assistenz operiren muss; dass die galvanokaustische Abtragung der Mandeln sich ebenso schnell machen liesse, wie mit dem Tonsillotom ist, wie Referent aus eigener Erfahrung weiss, nicht richtig; auch schützt die Galvanokaustik bei der durch die grosse Dicke der Mandeln bedingten stärkeren Erhitzung des Drahtes durchaus nicht vor gefährlicher Blutung. Von den Neurosen des Rachens ist nur die Hyperästhesie beschrieben, während die so wichtigen Lähmungen und Krampfzustände nicht einmal dem Namen nach genannt werden; ebenso fehlen die Blutungen, auch hätten die adenoiden Wucherungen berücksichtigt werden sollen. Trotz dieser Mängel wird man in dem Buche vielfache Anregung und Belehrung finden.

Schech.

Bericht über die allgemeine deutsche Ausstellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesens in Berlin 1882—83. III. Band. Breslau 1886.

Der III. Band des Berichtes über die Berliner Hygiene-Ausstellung ist erschienen und ist hiemit das ganze Werk abgeschlossen. Wie gleich vorweg bemerkt werden mag, ist der Bericht viel umfangreicher geworden, als ursprünglich beabsichtigt worden war. Dass der Verleger, S. Schottländer in Breslau trotzdem den Preis von 35 Mark nicht überschritten hat, verdient bei der vortrefflichen Ausstattung alle Anerkennung.

Als Einleitung des Buches widmet H. Albrecht dem eigentlichen Schöpfer der Ausstellung, Paul Börner, einen warm empfundenen Nachruf, welchem ein recht gutes Porträt des Verstorbenen beigegeben ist. Der nämliche Verfasser beschreibt die Gruppe XXI der Ausstellung, die Wasserversorgung, und gibt hierin eine Uebersicht einer grossen Anzahl ausgeführter Werke, nebst den zugehörigen Zahlenangaben und Details (Hydranten, Wassermesser, Filter, Pulsometer). Unter den letzteren hat auch der Pulsometer Berücksichtigung gefunden, welcher als Treibwerk der grossen Cascade am Haupteingange allen Besuchern der Ausstellung in Erinnerung ist.

Gruppe XX und XXII: Grund, Boden, Atmosphäre und Abfälle sind in der Anlage noch von Börner verfasst und von Albrecht redigirt worden; in der Art, wie in aller Kürze über das in den verschiedensten Städten und nach den verschiedensten Systemen Geschaffene berichtet wird, ist eine Fülle von Material geboten, welches durchaus nicht blos den Fachmann angeht, wie es ja auch durchwegs allgemeinverständlich gehalten ist. Alle jene, welche berufen sind, an den hygienischen Verbesserungen einer Stadt mitzuwirken, Ingenieure, Juristen, Gemeindebevollmächtigte finden zahlreiche Angaben zusammengestellt, die in dieser Weise nirgends zusammengetragen sind: Kosten der betreffenden Anlage, deren Ausdehnung, Bau-Leitung und Dauer und, wo dies möglich war, der hygienische Effect (z. B. die seit dem Jahre **1773** bestehende Canalisation und Berieselung Bunzlau's), alles Daten, die bei Neuanlagen mit Aufwand von Zeit und Mühe beschafft werden müssen.

Auch das etwas odiose Capitel der Heizung und Lüftung

liefert eine getreue Uebersicht des jetzigen Standes dieser Technik und hat in R. Hartmann einen trefflichen Bearbeiter gefunden. Der von ihm geschriebene 114 Seiten lange Bericht erschöpft sein Thema, ohne, wie der Verfasser in zu grosser Bescheidenheit befürchtet, zu trocken ausgefallen zu sein. Dem von Hartmann am Ende seiner Arbeit ausgesprochenen Wunsch, »es möge der Bericht dazu beitragen, einem grösseren Kreise die Ueberzeugung zu verschaffen, dass es an Wissen und Können in der Heizungs- und Lüftungs-Technik nicht fehlt, dass es aber nothwendig erscheint, die Kenntniss der hier auftretenden Fragen und ihrer Lösungen dem allgemeinen Publikum immer mehr zu verschaffen«, ist gewiss Realisirung zu wünschen. So manches unfruchtbare Gezänk, das jetzt Stadtväter wie Steuerzahler gleichmässig aufregt, könnte vermieden werden, wenn sich beide Theile sachgemäss instruiren wollten.

Das für den Arzt, und wohl auch für den Gewerbtreibenden interessanteste Capitel ist die ausgezeichnete Besprechung der Gruppe XXV »Gewerbe und Industrie« von Stabsarzt Villaret. Wer irgend zu gutachtlicher Aeusserung über die hygienischen Verhältnisse einer industriellen Anlage berufen ist, der möge, wenn er seiner Sache nicht völlig sicher ist, sich hier Raths erholen. Die Ausstellung war in dieser Sparte so reich beschickt, dass wohl jeder das Gesuchte und dieses in trefflicher Weise bearbeitet finden wird.

Die Gruppen XXVI Bergbau, XXVIII und XXIX Verkehr, XXX Abwehr von Feuersgefahr wurden von Bergrath Hasslacher, Baurath Bartels, H. Albrecht und Brandmeister Strehl beschrieben, und bieten mehr technisches, als hygienisches Interesse.

Dr. E. Petersen hat die Vertretung der Statistik auf der Ausstellung besprochen. Es liegt in der Natur der Sache, dass ein erschöpfendes Eingehen auf die ausgestellten Arbeiten schon durch den zur Verfügung stehenden Raum unmöglich gemacht war; wer in Statistik arbeitet, der braucht ohnehin die Originale. Diese nachgewiesen und in ihrem Werthe gewürdigt zu haben, ist das Verdienst Petersen's, welches jeder zu schätzen wissen wird, das sich mit dem Aufsuchen medicinal-statistischer Quellen geplagt hat.

Als Anhang ist dem Werke der Bericht Prof. v. Rózsahegyi's über die Betheiligung Ungarns an der Ausstellung beigegeben, welche die Beschreibung der mit grossem Beifalle aufgenommenen Vorlesungs-Apparate des Prof. von Fodor enthält.

F. Beetz.

Statistischer Sanitäts-Bericht über die Königlich bayerische Armee für die Zeit vom 1. April 1882 bis 31. März 1884, bearbeitet von der Militär-Medicinal-Abtheilung des k. bayerischen Kriegsministeriums. München 1886.

In den beiden Berichtjahren betrug der Zugang an Lazareth- und Revierkranken 1882/83 50,563 Kranke, 1883/84 46,634. Von den 98,647 während der Berichtsperiode in Behandlung gestandenen wurden 92,311 geheilt, 288 sind von den militärärztlich Behandelten gestorben, 4455 kamen als dienstunbrauchbare Invaliden in Abgang, 1593 verblieben. Die Summe sämmtlicher Todesfälle der Armee betrug 426; an Krankheit 310, Unglücksfällen 36, Selbstmord 80. Die Statistik des Berichtes ist wesentlich umfangreicher und detaillirter als in den Vorjahren. In Bezug auf die werthvolle Casuistik verweisen wir auf das Original. Als Neuerung reiht sich hieran ein Bericht über den in der k. b. Armee durch K. M.-R. v. 1. October 1886 eingeführten Zählkartenrapport, welcher sich zur Zeit blos auf interne Erkrankungen erstreckt. Die in der kurzen Spanne Zeit vom 1. October 1883 bis 30. September 1884 gewonnenen Resultate zeigen, dass dies die einzige Rapportführung sein kann, unter welcher es der obersten Militärbehörde ermöglicht ist, sich jederzeit sofort über den Gesundheitszustand auch des kleinsten Truppenkörpers und über das hygienische Verhalten nicht nur einer Garnison, sondern jeder Kaserne und jedes Bezirkes derselben zu überzeugen. Hiedurch wurde in der bayrischen Armee ein Weg der Rapportführung angebahnt, welchen wohl alle Armeen über kurz oder lang werden betreten müssen, da die bis jetzt überall übliche Tabellenform nur geringe Aufschlüsse über die einzelnen Krankheitsformen gibt. S.

Vereinswesen.

Aerztlicher Verein in München.

(Originalbericht.)

Sitzung am 17. November 1886.

Prof. **Bollinger:** 1) **Demonstration eines Kugelthrombus des linken Vorhofs.**

Bei der Section einer 40jährigen Frau, die im Leben die Symptome eines complicirten Herzklappenfehlers (Stenose und Insufficienz der Mitralis und der Aortaklappe) zeigte und längere Zeit auf der II. medicinischen Klinik (Geheimrath v. Ziemssen) in Behandlung stand, fand sich neben multipler chronischer fibröser Endocarditis beider Klappen des linken Herzens sowie der Tricuspidalis in dem erheblich dilatirten linken Vorhofe dicht über dem schlitzförmig verengten Ostium atrioventriculare, welches für den kleinen Finger nicht mehr durchgängig war, ein vollständig freiliegender Kugelthrombus vom Umfang einer grossen Welschnuss. Der Thrombus ist von kugelrunder Form, derb, von trübgrauer Farbe, auf der Oberfläche durch kleine Erhabenheiten netzartig gezeichnet und mit wenig zahlreichen hanfkorngrossen schüsselförmigen Vertiefungen versehen; nirgends findet sich die Andeutung eines Stieles. Auf dem Durchschnitt zeigt der Thrombus einen centralen gelblich grauen Kern von etwa Kirschengrösse, umgeben von concentrisch geschichteten Lamellen. Die Innenwand des Vorhofes zeigt nirgends Spuren einer Rauhigkeit oder eine mit Thrombusresten bedeckte Stelle. — Was den sonstigen Sectionsbefund betrifft, so fanden sich ausser einem marantischen wandständigen Thrombus im rechten Herzohr ältere embolische Keile in der Milz und in beiden Nieren, ein embolisches Duodenalgeschwür und ein hämorrhagischer Infarct des Unterlappens der rechten Lunge. — Es handelt sich in vorliegendem Falle offenbar um einen ursprünglich marantischen Thrombus, der sich zweifellos im linken Herzohr gebildet hatte, sich ohne eine Spur zurückzulassen loslöste und vermöge seiner Grösse, welche das Lumen des sehr bedeutend verengten Mitralostiums um das Mehrfache übertraf, im Vorhof zurückgehalten wurde, um sich daselbst allmählig durch Auflagerung neuer Schichten zu vergrössern. — Aehnliche Fälle wurden zweimal von v. Recklinghausen beobachtet, sowie von W. Hertz (Hamburg) beschrieben.

Der vorliegende Fall, dessen Details nebst Krankengeschichte im Deutschen Archiv für klinische Medicin demnächst von H. Schön beschrieben werden sollen, spricht in jeder Beziehung für die Richtigkeit der Deutung, die v. Recklinghausen gegeben hat. Das längere Bestehen des freien Thrombus liess sich auch hier aus dem Fehlen eines Stieles oder einer Stelle, wo derselbe gesessen, schliessen; charakteristisch für diese höchst seltene Thrombusform ist das Uebermass des Dickendurchmessers des Thrombus über die Weite des Ostiums, vor dem er gefunden wurde.

2) **Demonstration eines falschen traumatischen Aneurysmas der Aorta descendens.***)

Ein vierzehnjähriger Knabe war während der Getreideernte (Juli oder August 1886) vom Getreidestock auf den Scheunenboden gefallen und zwar auf den Rücken; derselbe zeigte unmittelbar darnach keine besonderen Krankheitssymptome, klagte nur über ein gewisses Weh in der Brust. Anfangs October dieses Jahres erkrankte der Knabe unter den Erscheinungen eines Magenkatarrhs und wurde am 19. October wegen starker Verschlimmerung des Befindens in das Krankenhaus aufgenommen.

Bei der Aufnahme constatirte man Erguss von Flüssigkeit in die linke Pleurahöhle, starke Schmerzen daselbst, excessive

*) Der betreffende Fall wurde von Herrn Dr. J. Limmer, prakt. und Bahnarzt in Schwaben (Oberbayern), beobachtet und das höchst seltene und werthvolle Präparat freundlichst dem Vortragenden übermittelt.

Anämie, Temperaturen, die zwischen 39,5 und 41,0 schwankten. Tod am 25. October. — Bei der Section fanden sich in der linken Pleurahöhle ein reichlicher hämorrhagischer Erguss, sowie die Veränderungen einer fibrinösen Pleuritis. — Als Ausgang des entzündlichen Hämothorax fand sich am Beginn der absteigenden Aorta eine nussgrosse geschwulstartige Erweiterung, deren Wand nur aus verdicktem Bindegewebe bestand und an einer Stelle als Ursache der tödlichen Blutung einen kleinen Einriss zeigte. Die Höhlung der sackigen Erweiterung, welche nach beiden Seiten mit dem Lumen der Aorta in offener Communication stand, war fast vollständig angefüllt durch einen älteren Thrombus.

Zweifellos hatte sich in Folge des Falles aus der Höhe zuerst ein Aneurysma dissecans (Continuitätstrennung der Intima und vielleicht der inneren Schichten der Media) gebildet, welches allmählig im Verlauf von ca. 2 Monaten sich in ein falsches Aneurysma umwandelte und zuletzt durch Ruptur der umgebenden Bindegewebsschichten zur tödtlichen inneren Verblutung in den linken Pleurasack führte.

In der Regel kommt es in derartigen Fällen, wo starke Traumen zu partieller Zerreissung grosser Gefässstämme führen, zu raschem tödtlichem Ausgang; in Ausnahmsfällen (wie z. B. Zahn einen Fall schildert) kann Heilung eines Querrisses der inneren Arterienhäute eintreten.

Zur Ergänzung der Demonstration des Kugel-Thrombus vom klinischen Standpunkt aus ergreift hierauf Herr Geheimrath v. Ziemssen das Wort: Herr Professor Bollinger hat den Herren eben erst ein Präparat demonstrirt, was fast ein Unicum darstellt. Sind ja doch in der gesammten Literatur erst vier solcher Fälle bekannt geworden. Aber nur in einem der publicirten 4 Fälle liegt eine Krankengeschichte vor, in dem von Engel-Reimers. Unser Fall ist lange beobachtet worden; wir können aber nicht sagen, dass uns irgend ein Symptom aufgestossen wäre, welches auf einen Kugel-Thrombus hätte bezogen werden können. Der Fall lag Monate lang auf unserer Abtheilung. Er bot alle Erscheinungen einer hochgradigen Stenose des Ostium dextrum und sinistrum und der Aorta, und diese Stenose scheint ja auch durch die Wirbelbildungen im Blute ein begünstigendes Moment für die Entwickelung des Thrombus zu sein.

In dem von Herz publicirten Falle ist darauf hingewiesen, dass sich suffocatorische Erscheinungen plötzlich eingestellt hätten. So verführerisch nun auch die Ansicht ist, dass dieser Thrombus wie ein Kugelventil wirkt, so kann man derselben doch nicht beitreten. Der Kugelthrombus ist zu beweglich; die Formverhältnisse des Vorhofes und speciell der Fläche oberhalb der Mitralis bieten keine Kugelgestalt dar. Desswegen wird der Kugelthrombus wohl immer herumschwimmen, aber das Blut kann ungehindert in den Ventrikel hereinfliessen. In unserem Falle war die Aorta hochgradig stenotisch, sogar die Bicuspidalis stenosirt: also zahlreiche Hemmungen am Herzen. Daher erklärte sich ja auch der äusserst kleine Puls, die Kühle der Extremitäten. Aber ein Symptom, das darauf hindeutet, dass der Einfluss des Blutes in den Ventrikel behindert gewesen sei, war nicht vorhanden. Die Erscheinungen der Aortenstenose hatten wir mit aller Klarheit, aber von Seiten der Mitralis hatten wir keine charakteristischen Erscheinungen. Wenn wir dieses negative Moment aber für die Diagnose verwenden wollten, so würden wir nur eine vage Vermuthung hegen. Das Fehlen des präsystolischen Geräusches ist vielleicht ein diagnostisches Hilfsmittel, aber ein gewagtes.

Es folgte hierauf der Vortrag des Herrn

Privatdocent Dr. **Escherich: Zur Aetiologie der multiplen Abscesse im Säuglingsalter.** (Derselbe ist in Nr. 51, 1886, dieser Wochenschrift in extenso veröffentlicht.)

Discussion. Staatsrath Dr. Vogel: Ich bin im Allgemeinen mit den Ausführungen E.'s einverstanden und möchte mich nur vor Allem gegen die Hypothese wenden, dass die in den Windeln sich anhäufenden Fäcalmassen eine Hauptveranlassung zur Furunculose abgäben. Diese Behauptung scheint aber nicht ganz zu stimmen mit der Localisation der Furunculose. Denn treffen wir die Furunceln wohl auch über den ganzen Körper zerstreut an, so treten sie doch mit Vorliebe am Kopfe auf, der doch am allerwenigsten von der Beschmutzung durch die Windeln zu fürchten hat. Wenn die Fäcalmassen ein so wichtiges ätiologisches Moment wären, müssten ja die unteren Extremitäten mehr ergriffen sein.

Dass übrigens die Furunculose auch bei Erwachsenen ganz eigenthümliche Ursachen hat, habe ich an mir selbst erlebt. Ich war stets frei von Furunculose, bis ich Assistent am hiesigen Krankenhause wurde. Ich habe täglich kalte Douchen genommen. Das Uebel wurde dadurch aber immer noch schlechter, ähnlich wie der kritische Ausschlag in Kaltwasseranstalten ja auch durch Wasser hervorgerufen ist.

Was die Therapie der Furunculose betrifft, so ist dieselbe nicht von grosser Bedeutung. Im Grossen ist die Prognose günstig, wenn die Kinder nicht marastisch sind Die Furunculose ist dann nur Theilerscheinung. Die Kinder gedeihen alle bei guter Pflege ohne die angepriesenen Sublimatbäder, welche doch nur in Anstalten zu gestatten sind. Das wären die wesentlichsten Punkte, die ich hervorheben möchte. Ich glaube aber auch nicht, dass die Unreinlichkeit ein so bedeutendes Moment ist, weil sonst die Furunculose viel häufiger sein müsste, namentlich im Proletariat beim poliklinischen Materiale. Andererseits begegnen wir der Furunculose doch auch in den besseren Ständen, wo gegen die Hautcultur sicher nicht gesündigt wird. Darum bin ich der Ansicht, dass jedenfalls auch noch innere Ursachen vorhanden sein müssen, welche das Auftreten der Furunculose möglich machen.

Professor Ranke: Dass der Staphylococcus Ursache der Furunculose sein kann, diese Anschauung ist an sich nicht neu. Baginski hat ja schon früher im Furunkeleiter Coccen nachgewiesen. Was aber in der Escherich'schen Arbeit neu ist, das ist der Nachweis, dass die Schweissdrüsen die Eingangspforten für dieselben darstellen.

Was die Aetiologie anbelangt, so möchte ich doch auch die Unreinlichkeit als ein wichtiges Moment anklagen und die zu heisse Haltung der Kinder, weil dadurch die Haut förmlich macerirt wird. Auf diese Weise erklärt sich ja auch die Furunculose nach feuchten Umschlägen, nach Anwendung von Cataplasmen. Was die Therapie anbelangt, so habe ich bisher zwar von Sublimatbädern abgesehen, aber stets ein grosses Gewicht auf scrupulöse Reinlichkeit gelegt.

Passet: Ich möchte Escherich nur fragen, ob er im Kothe pyogene Bacterien gefunden hat, da er eine Infection von Seite der schmutzigen Windeln annimmt.

Escherich: Ich habe allerdings nach solchen gesucht, aber stets mit negativem Erfolge.

Passet: Ich möchte mir nur erlauben einen Fall mitzutheilen von Furunculosis capitis eines Kindes, bei welchem der Staphylococcus aureus gefunden wurde; ferner einen Fall, bei welchem Milch, die beim Trinken während des Einschlafens aus dem Munde des Kindes floss und auf der Haut eintrocknete, zum Nährboden für pyogene Bacterien und zur Strasse einer Furunculose wurde, welche vom Mund über die Wange zum Ohr und zum Hinterhaupte führte. Prophylactisch erkenne ich den Werth der Hautpflege und der Sublimatbäder an, möchte aber doch darauf aufmerksam machen, dass man sich von letzteren keinen zu grossen therapeutischen Werth nach Ausbruch der Furunculose erwarten darf. Vermag ja doch auch bei einem cutanen Panaritium, welches den Staphylococcus pyogenes albus enthält, ein feuchter Sublimatverband (1 : 1000) nach 14 Tagen den pyogenen Keim im Eiter nicht zu vernichten.

Professor Bollinger: Ich möchte eine Beobachtung mittheilen, die ich an mir selbst machte. Ich litt vor 3—4 Jahren häufig an kleinen Abscessen und Furunceln am Handgelenke. Ich wusste mit aller Sicherheit, dass keine Verletzung vorausgegangen war. Ich habe nun damals nach der Ursache geforscht und glaubte schon damals dieselbe darin gefunden zu haben, dass wir Sectionsröcke hatten, die mit einem Gummiring um das Handgelenk schlossen. Ich habe daraus immer schon den Schluss gezogen, dass die Entstehung solcher Furunceln nur dadurch zu erklären ist, dass Coccen in die Haut eingerie-

ben wurden bei unverletzter Epidermis. Furunceln kommen ja auch häufig vor an Stellen, wo z. B. der Hemdkragen reizt.

Escherich: Dass Baginski die Coccen auch als die Ursache der Furunculose bezeichnete, halte ich nicht für vollkommen richtig. Er spricht zwar vom Vorkommen der Coccen, aber nur als einer Begleiterscheinung des Eiters, nicht aber als der Ursache der Furunculose, wenigstens in seinen späteren Mittheilungen. Insoferne ist mein Standpunkt denn doch ein anderer — Dank den Arbeiten anderer. Was die Sublimatbäder betrifft, so kann ich aus meiner und anderer Erfahrung versichern, dass sie ungestraft auch in der poliklinischen Praxis gegeben werden dürfen. Lues z. B. behandeln wir im Ambulatorium des Hauner'schen Spitals fast ausschliesslich mit Sublimatbädern, 1 g pro Bad, ohne einen je Schaden davon gesehen zu haben. Die Wirkung der Sublimatbäder stelle ich mir auch anders vor als Passset meint. Ich habe sie nur für solche Coccen empfohlen, die oberflächlich sitzen, also direct dem Sublimat ausgesetzt werden können. — Was die Frage betrifft, ob es Furunceln gibt ohne Pilze, so würde uns dieselbe doch zu weit führen. Ich kann nur sagen, dass wir heutzutage keine Eiterung kennen ohne Pilze. Durch Resorcin u. s. w. setzen wir ja doch auch Schrunden in der Haut, durch welche die Pilze einwandern können. Bezüglich des Einflusses der Spannung der Haut bin ich etwas missverstanden worden. Die Spannung der Haut hat nichts zu thun mit der Aetiologie der Furunculose. Dieselbe verläuft nur etwas anders.

Was die Frage der Localisation der Furunculose betrifft, so masse ich mir ja gar nicht an, mit dem Nachweise des Staphylococcus in den Windeln alle Wege gefunden zu haben. Ich habe ihn in den Windeln nur sicher gefunden.

Bezüglich der Localisation der Furunculose am Kopfe möchte ich doch zu erwägen geben, dass der fettarme Kopf sehr leicht und sehr stark schwitzt, so dass durch die geöffneten Poren die Coccen leicht eindringen können. Ferner muss bedacht werden, wie die Kinder meist trinken, halb schlafend. Aus der Ludel fliesst dann die Milch über den Mund und die Wangen auf das Kopfkissen. Die Milch ist aber ein guter Nährboden und so dürfte damit einigermassen die Localisation am Kopfe erklärt sein. Dazu kommt noch die mechanische Reibung, welche die Kinder häufig ausführen, indem sie mit Kopf und Füsschen sich in die Höhe schieben.

Passet: Den Ausspruch Escherich's, dass es keine Eiterung gebe ohne Mikroorganismen, möchte ich doch dahin modificiren, dass es keine klinische Eiterung ohne Mikroorganismen gebe. Principiell aber muss ich nach meinen Untersuchungen die Thatsache aufrecht erhalten, dass gewisse chemisch reizende Substanzen wie Croton- und Terpentinöl bei Kaninchen Eiterung erzeugen können. Orthmann und Councilman haben die gleichen Resultate veröffentlicht. Im Laufe des letzten Jahres sind zwar Scheuerlen und Klemperer mit der gegentheiligen Ansicht aufgetreten, aber ich erachte dieselbe als noch nicht endgiltig erwiesen. Dass es einen chemischen eitererregenden Stoff geben muss, folgt daraus, dass die Bacterien allein keine Eiterung erzeugen. Es existiren ja viele bekannte Bacterienarten, welche unter die Haut oder sonst in den Körper gebracht, sich zwar vermehren, aber keine Eiterung hervorrufen. Dass die Classe eitererregender Bacterien diese Eigenschaft hat, ist nur dadurch möglich, dass sie im Körper eine oder mehrere alkaloidähnliche chemische Subztanzen erzeugen, sogenannte Ptomaine, welche eitererregend wirken. Diese Ansicht ist durch die Untersuchungen von Brieger hinlänglich begründet, welcher auch bereits das Ptomain des Staphylococcus pyogenes aureus dargestellt hat.

Escherich: Die von Passet angeregten Fragen sind ja momentan im Flusse und ich möchte ihm darin nicht entgegentreten. Für die Frage der Furunculose kommen sie übrigens auch nicht in Betracht.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 7. Januar 1887.

Vorsitzender: Herr v. Bamberger.

Herr **A. Paltauf** demonstrirt ein Präparat von **vollständiger Obliteration der Aorta.**

Die betreffende 35jährige Frau starb eines plötzlichen Todes; bei der Section fand sich das Herz bedeutend vergrössert, seine Wandungen waren auffallend verdickt und im hinteren Theile desselben rohe, derbe, gelbliche, kalkige Massen, die den Herzmuskel bis zu seiner äusseren Oberfläche durchsetzten. Die Bicuspidalis war mässig verengt, das Aortenostium stenosirt, wodurch die Hypertrophie des linken Herzens erklärt wird. Die Aorta war zwischen der Abgangsstelle der linken Subclavia und dem Ductus Botalli vollständig obliterirt. Die Obliterationsstelle hatte eine Länge von 0,5 cm. Jenseits der Obliterationsstelle erweiterte sich die Aorta etwas, ohne aber das Caliber einer gewöhnlichen Aorta zu erreichen.

Die Obliteration ist, nach Herrn Paltauf, nicht angeboren, sondern erst später entstanden. Der Collateral-Kreislauf der sich hier entwickeln musste, hat folgenden Weg genommen: Durch beide Subclaviae und ihre Aeste einerseits und durch die Communicationen mit der Mammaria interna, Subscapul., Scapul., Thoracicae anter. und Intercost. andererseits. Die Mammariae internae und die oberen Intercostales waren dementsprechend auch bedeutend erweitert. Der Tod erfolgt in diesen Fällen entweder dadurch, dass die Stauung im Bulbus aortae zur Erweiterung und Berstung der Aorta führt oder durch die Hypertrophie und Degeneration des Herzens.

Herr v. Bamberger bemerkt, dass diese Zustände seit der frühesten Lebensperiode datiren. Die Erscheinungen im Leben — wie die erweiterten Mammariae, die Geräusche — sind so ausgesprochen, dass der Zustand mit Sicherheit diagnosticirt werden kann.

Herr Kundrat glaubt, dass die Verschliessung der Aorta in Folge eines eigenthümlichen Baues der Aortenwand an dieser Stelle entsteht und nicht in Folge des Zuges des sich schliessenden Ductus Botalli. Bekanntlich besitzt die Wandung des Ductus Botalli eine Beschaffenheit, die seinen Verschluss befördert. Wenn nun diese Ausbildung der Gefässwand über die Grenzen des Ductus Botalli auf die Aorta greift, dann wird die Aorta mit in den Obliterationsprocess einbegriffen. Präparate von Kindern, an denen dieser Zustand in Entwicklung begriffen ist, zeigen ganz deutlich diesen abnormen Bau der Aortenwand.

Herr **Frey** berichtet über einen Fall von **Offenbleiben des Ductus Botalli,** den er schon seit 18 Jahren beobachtet. Das Kind kam auf die Welt mit schwerer Dyspnoe, nach 4 bis 5 Wochen hörte man über der Basis des Herzens ein continuirliches Rauschen. Das Mädchen ist heute vollständig entwickelt und leidet nur an Herzklopfen, zeigt aber sonst keine weiteren Veränderungen.

Herr v. Bamberger zweifelt, dass es sich in dem Falle des Herrn Frey um ein Offenbleiben des Ductus Botalli handle, denn dieses macht gar keine Erscheinungen; es wird sich um irgend eine andere congenitale Affection des Herzens handeln.

Herr **Kundrat** demonstrirt einen Fall von **anomaler Ausbildung des Circulus Willisii,** die von deletären Folgen war. Der Fall betrifft einen Patienten, dem Professor Weinlechner nach temporärer Resection des Kiefers ein Lympho-Sarcom aus der Tonsillargegend entfernte. Nach 3 Tagen trat während einer künstlichen Fütterung plötzlich eine so heftige Blutung ein, dass die Carotis unterbunden werden musste. Drei Stunden nach der Unterbindung war die linke Körperhälfte gelähmt und nach 27 Stunden verschied der Kranke in bewusstlosem Zustande. Bei der Section fand sich eine Encephalomalacie der ganzen rechten Hirnhälfte, welche durch eine auf folgende Weise entstandene Anaemie hervorgerufen ward: Die Art. carotis gab nicht blos die A. corp. callosi und die A. fossae Sylvii ab, sondern auch die A. prof. cerebr. auf beiden Seiten. Die A. vertebrales waren sehr zart, die Basilaris war kaum rabenfederkieldick und theilte sich nicht in die Prof., sondern

endete schon in die AA. cerebr. inf. ant.; es bestand eine Anastomose zwischen der A. prof. cerebr. und der A. cerebelli inf. ant., die auf der rechten Seite äusserst fein war. Der Blutstrom floss also vorwiegend durch die Profunda, die auch erweitert war, und auf der rechten Seite war wegen der Unterbindung der Carotis der Blutzufluss zu allen 3 Hirntheilen unterbrochen, daher die Anaemie.

Herr **Leidesdorf: Ueber die sogenannten psychisch-epileptischen Aequivalente.**

Der epileptische Anfall besteht in tonischen und clonischen Krämpfen, Bewusstlosigkeit und psychischen Störungen. Die Combination dieser Erscheinungen ist aber nicht immer vorhanden. Manchmal kommt der epileptische Anfall gar nicht zum Ausbruch und es bleibt bei der Aura. Die psychischen Störungen, die mit der Epilepsie zusammenfallen, haben einen ganz bestimmten Charakter: sie treten plötzlich auf, erreichen in einer gewissen Zeit ihren Höhepunkt und hören ebenso rasch auf. Als zweites entscheidendes Merkmal muss die Amnesie für das Geschehene angesehen werden.

Diese acuten epileptischen Psychosen treten manchmal in den Intervallen zwischen den epileptischen Anfällen, und unabhängig von diesen auf, man hat sie daher als psychisch-epileptische Aequivalente bezeichnet. Aber die klinischen Thatsachen zwingen zu der Annahme, dass diese acuten transitorischen Psychosen nicht aequivalent sind den Krampfanfällen, sondern als eine der verschiedenen Formen der Epilepsie betrachtet werden müssen. Diese psychischen Störungen können sich an die Anfälle anschliessen oder sie treten unabhängig von diesen in den intervallären Zeiten auf und bieten dann dieselben Charaktere wie diejenigen, welche mit den Krampfanfällen zusammenfallen, oder endlich die epileptischen Anfälle hören vollständig auf und an ihre Stelle treten die psychischen Störungen mit den besprochenen Charakteren auf. Der Vortragende berichtet über zwei Fälle der letzteren Art:

Der eine betrifft einen 36jährigen, erblich belasteten Mann, der bis zu seinem 24. Lebensjahre an heftigen und häufigen epileptischen Anfällen litt. Im genannten Alter hörten die Anfälle vollständig auf und der Kranke bekam alle 2—3 Monate Angstgefühl, Hallucinationen, irrte einige Tage geistesabwesend herum und kam dann wieder zu sich, ohne die geringste Erinnerung an das Geschehene zu haben.

Im zweiten Falle handelt es sich um eine 33jährige Frau, die nach einem Schlage auf den Kopf epileptische Anfälle bekam, die nun seit 6 Jahren ausgeblieben sind; an deren Stelle traten aber periodisch wiederkehrende heftige Erregungszustände, Geistesverwirrung und vollständige Amnesie.

Es entsteht nun die Frage: Wenn ein Individuum, das niemals epileptische Krämpfe oder Schwindelanfälle hatte, plötzlich psychische Störungen mit den beschriebenen Charakteren bekommt, darf man diese als epileptische Psychosen beschreiben? Diese Frage kann unter folgenden Bedingungen bejahend beantwortet werden:

1. Wenn das Individuum für Epilepsie sprechende aetiologische Momente aufzuweisen hat, wie: Erblichkeit, Trauma, Alcoholismus, heftiger Schreck etc. 2. Wenn einer solchen Psychose eine wie immer geartete Aura vorausgeht. 3. Wenn der Verlauf der Psychose ein plötzliches Auftreten, rasches Ansteigen und ebenso raschen Abfall zeigt. 4. Wenn Amnesie vorhanden ist. Schliesslich kann man auch ex juvantibus ein unterstützendes Merkmal entnehmen.

Sitzung vom 14. Januar 1887.

Vorsitzender: Herr Mauthner.

Herr **Kühne** demonstrirt einen 74jährigen Mann der wegen eines, seit 3 Jahren bestehenden und seit einiger Zeit nicht mehr reponirbaren Mastdarm Prolapses ins Krankenhaus kam. Es fand sich eine aus der Analöffnung herausragende wurstförmige nach oben gekrümmte hochrothe Geschwulst, die an ihrer Convexität 19 cm und an der Convavität 11 cm hatte. Oberhalb des Prolapses fand sich eine paraphimosenähnliche Verengerung an der ein 6 cm nach oben reichendes Geschwür begann, welches sich bei näherer Untersuchung als ein auf Grund eines invaginirten Darmstückes sitzendes Epithelialcarcinom herausstellte. Da dasselbe schon im Bereiche der Flexura sigmoidea sass, machte der Vortragende die Resection eines 34 cm langen Darmstückes. Der Verlauf war ein sehr günstiger, der Patient konnte schon nach 12 Tagen das Bett verlassen und findet sich nun vollständig wohl. Die Stuhlentleerungen sind normal und regelmässig.

Herr **Ullmann** stellt eine Frau vor, bei der Prof. Albert eine **Nierenexstirpation** vorgenommen hat. Die Patientin constatirte seit einem Jahre eine stets wachsende Geschwulst im rechten Hypochondrium und klagte seit dieser Zeit über Schmerzen beim Uriniren, Uebelichkeit und Erbrechen. Bei der Untersuchung fand sich im rechten Hypochondrium eine begrenzte, bewegliche, derbe, nach hinten in eine an der rechten Lumbalgegend wahrnehmbare Grube reponirbare Geschwulst, die einen leeren Percussionsschall gab. Auf Infusion von Flüssigkeit ins Rectum blähten sich die Därme vor dem Tumor auf.

Prof. Albert stellte, trotzdem der Harn keine pathologische Veränderungen aufwies, die Diagnose auf einen Nierentumor, den er mittelst eines 20 cm langen, von der rechten 11. Rippe schräg nach abwärts gegen die Mittellinie geführten Schnittes, entfernte. Derselbe war 840 gr schwer und stellte sich bei näherer Untersuchung als ein Adeno-Carcinom heraus, welches von kleinen Höhlen durchsetzt war, in denen sich Blutergüsse vorfanden. Ausserdem fand man bereits Carcinommassen die in die Vena cava hineinwucherten. Die Wunde ist nun bis auf eine kleine Stelle bereits vernarbt und die Patientin befindet sich vorläufig wohl. Wie es sich mit den weiteren Recidiven verhalten wird, ist abzuwarten.

Herr **Weinlechner** stellt einen Fall von **geheiltem Aneurysma** der **A. poplitea** vor. Es handelte in diesem Falle um ein kindskopfgrosses, spontan entstandenes Aneurysma. Da der Patient bei seinem Eintritte ins Krankenhaus fieberte, sah Herr Weinlechner vorläufig von jeder Operation ab und leitete eine unblutige, in Compression der A. femoralis in der Inguinalgegend mittelst Schrotsäcken Digitalcompression, Petitschen Tourniquets, Einwickelungen der Extremität mittelst elastischer Binden von den Zehen bis zum Knie, Application von Eisblasen auf das Aneurysma, bestand und 72 Tage währte. Während dieser Zeit erholte sich der Patient und es konnte nun die Ligatur der A. femoralis vorgenommen werden, worauf die Pulsation, die heftigen Schmerzen und das systolische Rauschen verschwanden. Dieser Fall ist interessant: 1. in therapeutischer Beziehung, weil die unblutige Behandlung das Terrain für die Ligatur vorbereitet hat, indem durch die Compression der Collateralkreislauf angebahnt wurde. 2. durch die in Folge des Druckes entstandene sensible und motorische Lähmung im Gebiete des N. tibialis und peroneus, die nun fast vollständig geschwunden ist. 3. wegen der trophischen Störungen die in Folge des alterirten Nerveneinflusses aufgetreten sind. Patient zeigte nämlich 8 resp. 15 Monate nach der Operation, an den Zehen der operirten Extremität eine Congelation und ein Mal perforant, die nun vollständig geheilt sind.

Herr **Breisky** demonstrirte einen Fall von erfolgreich ausgeführter **Sectio caesarea** nach **Porro.**

Er betrifft eine 37 j. osteomalacische V. para mit absoluter Beckenverengerung. Die Anamnese ergab in diesem, wie in allen Fällen von Osteomalacie eine progressiv steigende Schwierigkeit der Entbindung. So verliefen die ersten Geburten noch leidlich aber schon bei der vorletzten Entbindung hätte man einen zerkleinerten Foetus extrahiren müssen, wenn nicht einer jener, leider seltenen Ereignisse, eingetreten wäre, nämlich die Dehnbarkeit der Beckens im letzten Augenblicke, welche es gestattete, die Hand einzuführen, die Wendung zu machen und ein lebendes Kind zu extrahiren. Bei der letzten Geburt waren die osteomalacischen Veränderungen soweit gediehen, dass kein anderer Ausweg vorhanden war, als die Sectio caesarea. Es wurde desshalb die Porro'sche Methode gewählt, weil bekanntlich nichts den Knochenprocess so zu verschlimmern vermag als neue Schwangerschaften, und leider sind gerade diese Individuen sehr fruchtbar. In diesem Sinne hatte die Porro'sche Operation einen wahrhaft prophylactischen Werth und selbst

die Gegner dieser Methode sehen in der Osteomalacie eine Indication für dieselbe. Dieser Fall ist der siebente, der von Herrn Breisky ausgeführten Porro'schen Operationen, die alle glücklich endeten.

Herr **v. Fleischl: Ueber einen merkwürdigen physiologischen Zusammenhang zwischen Herz und Lungen.**

Der Vortragende ist auf eine bisher unbekannte und ungeahnte Betheiligung des Herzens an der Respirationsarbeit durch folgende physikalische Beobachtung gelangt: Wenn man in eine gut schliessende Spritze Wasser, das einige Zeit an der Luft stand und so Sauerstoff und Stickstoff absorbirt hat, und auch über den Stempel etwas Wasser bringt, damit keine Luft zwischen den Stempel und den oberen Theil der Spritze eindringe, das unterhalb des Stempels befindliche Wasser mittelst eines Hahnes abschliesst, so bemerkt man beim Aufziehen des Stempels das Aufsteigen weniger Gasblasen. Versetzt man aber der unterhalb des Stempels befindlichen Wassersäule einen Stoss (durch Zurückprallen des aufgezogenen Stempels, oder durch Aufschlagen mit einem Hammer) so wird beim Aufziehen des Stempels die ganze darunter befindliche Wassersäule von Gasblasen durchsetzt, die ganze Flüssigkeit schäumt rasch auf und die daraus resultirende Gasblase übertrifft bis 150 Mal diejenige, die beim Aufziehen des Stempels ohne vorausgegangenen Stoss entsteht. Zur physikalischen Erklärung dieses Phänomens hat sich der Vortragende folgende Hypothese construirt: Die Art, wie ein Gas in einer Flüssigkeit gebunden ist, kann man sich zunächst so vorstellen, dass die Flüssigkeitsmolecüle in derselben Weise mit den Gasmolecülen verbunden sind, wie dies der Fall ist bei der Auflösung eines festen Körpers in einer Flüssigkeit. Die Vereinigung des Molecüls des festen und desjenigen des flüssigen Körpers ist eine so dauerhafte, dass der Aufwand einer sehr merklichen Kraft nothwendig ist, um diese Verbindung zu zerstören. Soll nun dasselbe stattfinden zwischen den Molecülen eines Gases und denjenigen einer Flüssigkeit, dann wird wieder eine Kraft aufgewendet werden müssen, die die haltbare Verbindung zwischen den Gas- und Flüssigkeitsmolecülen zerstören soll. Die Gasmolecüle müssen frei gemacht werden, sie liegen dann zwischen den Flüssigkeitsmolecülen, es findet das statt, was v. Fleischl als «moleculäre Mischung« bezeichnet, die Gasmolecüle sind dann nicht mehr an die Flüssigkeitsmolecüle gebunden, sie sind disponibel für jede Verwendung und erscheinen bloss desshalb nicht als Gase, weil kein Platz dafür vorhanden ist. Der Effect des Stosses besteht darin, dass die Gasmolecüle zwischen den Flüssigkeitsmolecülen frei werden und die Natur des Gases documentirt sich sobald Gelegenheit geboten wird. Dann vereinigen sich die Gasmolecüle rasch zu wirklichen Gaspartikelchen und zu Gasbläschen. Wenn eine Flüssigkeit, die einen solchen Stoss erlitten hat, in ausgiebige Berührung mit einem Gase kommt, dann wird eine Diffusion stattfinden.

Der Vortragende bemerkt nun, dass die Art wie der Respirationsact erklärt wird, sehr unzulänglich ist, um das Leben der Warmblüter auch nur für die allerkürzeste Zeit zu erklären. Die Diffusionsverhältnisse zwischen der Luft in der Lunge und der atmosphärischen sind so geringe im Vergleich mit dem Sauerstoffbedürfnisse des Organismus, dass, wenn wirklich die Versorgung mit Sauerstoff durch Diffusion stattfinden sollte, die Erstickung die Folge sein müsste. Was den Eintritt von Sauerstoff in die Blutkörperchen so beschleunigt, das ist die chemische Affinität des Haemoglobins zum Sauerstoff. Nun kommt das Blut, nachdem es den grossen Kreislauf passirt ist, in den rechten Ventrikel, dann in die Lungen, beladen mit Kohlensäure, die sich im venösen Blute in sehr geringer Spannung befindet. Die Kohlensäure ist aufgelöst in der Flüssigkeit des Blutplasmas, dieses ist aber nicht gesättigt mit Kohlensäure, sondern könnte noch welche aufnehmen. Das venöse Blut gibt durch Diffusion Kohlensäure an die atmosphärische Luft ab. Die in den Alveolen enthaltene Luft ist in stetem Austausch durch Diffusion mit der Luft in den Bronchiolen. Welche ist nun die Kraft, die den Austritt der Kohlensäure aus dem venösen Blute in demselben Maasse beschleunigt, wie der Eintritt der Luft in die Alveolen? Der rechte Ventrikel versetzt bei der Systole seinem Inhalt einen Stoss, dadurch geräth die Kohlensäure, die bis nun in gelöstem Zustande im venösen Blute enthalten war, in »moleculäre Mischung« und dadurch wird die Geschwindigkeit der Diffusion zwischen Kohlensäure im Blute und der Alveolarluft eine grössere.

Der Vortragende stützt seine Anschauung durch Argumente aus der vergleichenden Anatomie und macht zum Schlusse eine praktische Anwendung dieser seiner Lehre auf die klinische Erscheinung der Cyanose. Allgemein wird von Leuten, die cyanotisch, wenn auch nicht dispnoetisch sind, gesagt, dass in Folge ihres Herzfehlers der kleine Kreislauf ein ungenügender sei, dass keine genügende Fütterung der Lunge stattfinde. Wenn dies der Fall wäre, könnten sich solche Menschen doch nicht relativ wohl befinden. Wenn cyanotische Leute nicht an Dyspnoe leiden, so rührt das daher, dass ihr kleiner Kreislauf wohl vollkommen ist, dass aber in Folge des Herzfehlers das Blut im rechten Ventrikel nicht hinreichend erschüttert wird, um die Kohlensäure aus dem venösen Blute frei zu machen. Dieses Blut hat also genügende Fähigkeit, Sauerstoff aufzunehmen, aber nicht Kohlensäure abzugeben, daher die Bläue.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 10. Januar 1887.

Vorsitzender: Herr Reder:

Herr **Finger: Ueber die Principien der Behandlung der Syphilis.**

Nach einer kurzen Einleitung über die Aetiologie der Syphilis, in der die Thatsache eines Virus animatum als über allen Zweifel erhaben hingestellt wird, übergeht der Vortragende zur Therapie der Syphilis.

Die Möglichkeit einer gleichzeitigen Einbringung eines das syphilitische Virus neutralisirenden Stoffes — wie z. B. das Sublimat — mit dem Gifte ist ausgeschlossen. Dagegen können wir, wenn wir die Invasionsstelle des Virus bald — in den ersten 24 Stunden — nach der Infection zu behandeln bekommen, mittelst energischer Cauterisation das Virus in loco unschädlich machen. Doch auch diese Fälle sind dem Praktiker nicht sehr häufig und meist wird derselbe schon dem fertigen syphilitischen Initialaffecte gegenübergestellt. Wie soll dieser behandelt werden? Zwei Ansichten stehen sich hier gegenüber. Eine derselben behauptet, durch sorgfältige und möglichst frühzeitige Entfernung des Initialaffectes der Syphilis vorbeugen zu können, während nach der anderen diese Operation als nutzlos bezeichnet wird, da zur Zeit der Bildung des Initialaffectes das Virus sich schon im Organismus, insbesondere in den Lymphdrüsen befinde. Die, wenn auch geringe Zahl von positiven Befunden, auf welche sich die erste Ansicht stützt, wäre gewiss entscheidend, allein die Diagnose des syphilitischen, insbesondere des frühen, nicht voll entwickelten Initialaffectes ist so schwierig, dass selbst dem Geübtesten Irrthümer in der Diagnose möglich sind. Die Frage der Excision steht also heute so, dass ein sicherer Erfolg derselben nicht zu erwarten oder zu versprechen ist, einige Fälle möglichen positiven Erfolges aber die volle Erfolglosigkeit der Operation nicht anzunehmen gestatten. Die Excision soll vorgenommen werden, wo es die Lage der Scelerose, Verhältnisse, Umstände, insbesondere die Zustimmung des Patienten gestatten, denn erstens kann nur eine grosse Anzahl sorgfältig ausgeführter Operationen über diese Frage endgiltig Aufklärung bringen, andererseits aber ist die Operation eine so geringfügige, rasch und günstig verlaufende, dass sie die Möglichkeit rascher Heilung des sonst meist langwierigen Initialaffectes gibt und mit der Excision wenigstens ein Herd des sich permanent vermehrenden Virus und damit wenigstens ein Theil desselben weggeschafft wird. Sind aber schon die Lymphdrüsen geschwollen, so ist vorläufig von der Operation abzusehen, da die Aussichten der Excision in diesem Falle nur sehr gering sind und die einfache Operation der Excision durch die Drüsenexstirpation complicirter und schwerer gemacht wird. Machen nun also die Verhältnisse die Excision des Initialaffectes unmöglich, wie sollen

wir weiter vorgehen? Sollen wir uns nur auf die örtliche Behandlung des Initialaffectes beschränken, das Auftreten von Consecutivis abwarten, oder sollen wir trachten, durch irgend eine Behandlung dem Ausbruch der Allgemeinerscheinungen vorzubeugen, das Virus vor dieser Zeit aus dem Organismus zu eliminiren und unschädlich zu machen? Der Vortragende spricht sich gegen die Präventivcur aus, erstens, weil es durch eine noch so energische Allgemeinbehandlung nicht gelingt, den Ausbruch der Symptome zu verhindern, derselbe nur hinausgeschoben wird, zweitens, weil der mildere Verlauf der Syphilis nach einer solchen Praeventivcur nicht erwiesen ist, ja Beobachtungen vorliegen, nach denen die später erschienenen Symptome schwerer tertiärer Natur sind, endlich weil die Behandlungsdauer verlängert wird. Das Stadium der sogenannten zweiten Latenz kann für den Patienten nutzbringend ausgenützt werden zur Regelung seiner diätetischen und hygienischen Verhältnisse.

Hat man die Eruption der secundären Symptome abgewartet, was soll man dann thun? Auch hier haben sich verschiedene Ansichten geltend gemacht. Die exspectative Methode empfiehlt sich nicht, weil der spontane Ablauf der Symptome ein sehr langsamer und der mit contagiösen Symptomen der Lues behaftete Patient für seine Mitmenschen gefährlich ist, andererseits, weil der Patient auf einer Behandlung besteht.

Zwei Mittel sind es, die als Specifica gegen Lues gelten: Quecksilber und Jod. Beide wirken nur symptomatisch und vermögen nicht die Seuche zu tilgen. Bei beiden diesen Mitteln ist die erste Cur die erfolgreichste, bei wiederholtem oder zu langem continuirlich vorgesetzten Gebrauch nimmt die Wirkung ab. Beide Mittel sind in einem gewissen Sinne Antagonisten, da eines die nachherige Wirkung des anderen unterstützt. Die beiden gebräuchlichen Jodpräparate, Jodkalium und Jodnatrium, deren ersteres als das energischere angesehen wird, werden stets innerlich einverleibt. Die Einführung des Quecksilbers geschieht in dreifacher Weise: 1. percutan in Form der Einreibungen, wodurch die Wirkung des Quecksilbers am raschesten und energischesten erzielt wird; 2. subcutan in Form von Injectionen. Der Vortragende empfiehlt die Injectionen von Calomel (bis 0,1). Die sehr geringe Reaction, die Einfachheit der Behandlung — es genügt alle 5—6 Tage eine Injection zu machen — die geringe Zahl der Injectionen — 6—8 genügen meist — und die rasche Wirkung sprechen sehr zu Gunsten dieser Methode; 3. innerlich; das wirkungsvollste Präparat ist das Hydrargyrum tannicum.

Früher galt die schablonenhafte Indication, Quecksilber sei im secundären, Jod im tertiären Stadium ausschliesslich wirksam. Sigmund hat die Anwendung dieser Mittel genauer bestimmt, indem er sagte, Jod als leichteres Mittel sei gegen die leichteren, Quecksilber als schwereres gegen die schwereren Erscheinungen beider Stadien zu gebrauchen. Wir können in dieser Beziehung die verschiedenen Formen der secundären Periode in 3 Gruppen theilen: In die erste Gruppe, die meist gesunde, robuste Individuen hält, gehören die maculösen Exantheme und die feuchten papulösen Formen, die theilweise auch der Naturheilung zugänglich sind. In die zweite Gruppe gehören bereits ernstere Formen, die trockenen, schuppenden Papeln, sowie die seltenen Fälle secundärer visceraler Lues. Die dritte, ernsteste Gruppe, die meist herabgekommene, anderweitig cachectische Individuen hält, umfasst die pustulösen und ulcerösen Formen, an die sich die seltenen Fälle der Syphilis maligna anreihen.

Diesen 3 Gruppen entsprechend, richten sich die Indicationen der Behandlung wie folgt: Die erste leichteste Gruppe behandeln wir auch mit dem leichtesten Specificum, dem Jod, welches in einer Reihe von Fällen genügt, um die Heilung der vorhandenen Symptome zu bewirken. Geht die Involution nur zögernd vor sich, so muss man zu einer leichten Mercurialcur Zuflucht nehmen.

Für die zweite Gruppe genügt Jod nicht, hier muss eine energische Quecksilbercur eingeleitet werden. Die dritte Gruppe darf weder mit Quecksilber noch mit Jod behandelt werden. Hier muss gegen die Cachexie mit Roborantien angekämpft werden, ehe man zu einer directen, dann meist vorsichtig zu leitenden gemischten Behandlung übergeht.

Bezüglich der Recidive herrschen ebenfalls zwei Ansichten. Die eine heisst uns abwarten, bis neue Symptome auftreten, die andere, die auch der Vortragende vertritt, verlangt, man solle die chronische Erkrankung chronisch behandeln. Die Behandlung soll nicht eine einmalige, rasche und energische, als vielmehr eine möglichst prolongirte und gleichmässige sein und für eine möglichste Verbreitung der Medicamente im ganzen Körper sorgen, also gleichzeitig oder successive percutan, subcutan und intern sein. Auf die gleichmässige Vertheilung der Medicamente, die bei Quecksilber mit einer Methode allein wohl nicht zu erzielen ist, dürfte nicht der geringste Nachdruck fallen. Nachdem nun die Lymphdrüsen durch ihre frühe und universelle Erkrankung, ihre oft stärkere Intumescenz vor oder mit Recidiven, sich am Syphilisprocess wesentlich betheiligt erweisen, gewiss als hauptsächliche Multiplicationscentra des Virus anzusehen sind, so dürfte es sich empfehlen, denselben mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als dieses bisher geschah.

Die Empfehlung Köbner's, regionäre Einreibungen grauer Salbe über indolenten geschwellten Drüsen vorzunehmen, der Rath Lipp's in die Nachbarschaft solcher Drüsen Quecksilberpräparate subcutan zu injiciren, verdient gewiss alle Beachtung. Ueber den Effect dieser chronischen intermittirenden Behandlung sind zwar die Acten noch nicht geschlossen, aber eines kann bereits jetzt mit Sicherheit gesagt werden, nämlich, dass der Effect zum mindesten nicht schlechter ist als der der bisher geübten symptomatischen Behandlung. Die Engländer und Franzosen rühmen ihr nach, dass sie das secundäre Stadium, die hereditäre Uebertragungsfähigkeit, abkürze und die Entwickelung tertiärer Symptome behindere.

Was die tertiären Symptome betrifft, so ist, wenn auch die Wahrscheinlichkeit keine grosse, doch kein Patient, der einmal inficirt war, vor ihnen sicher. Auch hier gilt die Regel, leichtere Erscheinungen mit Jod, schwerere und hartnäckige mit Quecksilber, gefahrdrohende mit beiden Mitteln, mit dem sogenannten »traitement mixte« zu behandeln.

Die als Specifica empfohlenen vegetabilischen Präparate — wie das Decoctum Zittmanni, sind keine specifischen Heilmittel, sondern vorwiegend Roborantia, und sind als solche bei torpiden Formen, besonders ulceröser Natur, ganz wohl am Platze.

Verschiedenes.

(Zu Pasteur's Wuthimpfungen.) In der Sitzung der medicinischen Academie zu Paris vom 11. d. M. ergriffen die Anhänger Pasteurs das Wort zur Vertheidigung des von dem Professor Peter in Folge eines Todesfalles, über den wir in vor. Nr. berichteten, angegriffenen Impfverfahrens gegen die Tollwuth. Brouardel, Vulpian, Grancher führten nach einander aus, dass Peter unvollständig unterrichtet gewesen und es keineswegs erwiesen wäre, dass jener Réveillac, auf dessen Fall Peter sich stützt, an eingeimpfter Tollwuth starb. Man nahm mit seiner Leiche keine Autopsie vor und constatirte nur Lähmungen, aber keinen Speichelfluss, wie es bei von der Tollwuth Ergriffenen vorkommt, keine Wasserscheu und keine Luftscheu. Nach den Zeugnissen der Redner ist die Wirksamkeit des Impfverfahrens unbestreitbar und genügt es, um sich davon zu überzeugen, einen Blick auf die allgemeine Statistik des Landes zu werfen und sie mit derjenigen früherer Jahre zu vergleichen. Professor Peter behält es sich für später vor, eine gründliche Kritik der Methode zu geben. Augenblicklich will er nur drei neue Fälle anführen, in denen die Geimpften starben. Dieselben trugen sich in Arras, Dunkerque und Constantine zu. In dem einen starb das Individuum an der bekannten „Strassen-Tollwuth", in den beiden anderen traten alle Symptome der Lähmungen auf, wie man sie in den Laboratorien kennt, die Symptome der eingeimpften Hundswuth.

(Abänderungen und Zusätze zur Arzneitaxe für die Apotheken des Grossherzogthums Hessen.) A. Abänderungen. Ziffer 14 Satz 1 der »Allgemeinen Bestimmungen« hat für die Folge zu lauten: »Werden zur unmittelbaren Aufnahme von Arzneien leere Gläser, Töpfe, Schachteln u. dergl. in die Apotheke gebracht oder bei Wiederholungen dazugegeben, so darf nur die Hälfte des Taxbetrages für Gefässe in Anrechnung kommen. Bei Arzneien für Thiere darf in diesem Falle für Gefässe nichts in Anrechnung kommen.

	g.	pf.
* Acidum lacticum	1	10
	10	60
Apomorphinum hydrochloricum	0,01	8
	0,10	60
* Chininum bisulfuricum	0,1	5
	1	30
* ferro-citricum	1	12
* hydrochloricum	1	40
* amorph.	10	80
sulfuricum	1	30
	10	250
* tannicum	1	15
* valerianicum	0,1	10
Codeinum	0,01	5
	0,10	35
* Gummi arabicum	10	20
pulveratum	10	25
Morphinum	0,1	12
	1	100
aceticum	0,1	10
	1	70
hydrochloricum	0,1	10
	1	70
sulfuricum	0,1	10
	1	70
* Mucilago Gummi arabici	10	10
	100	70
Tinctura Opii benzoica	10	20
B. Zusätze.		
Bismuthum salicylicum basicum (62 % Bi_2O_3)	1	15
	10	120
Cocainum hydrochloricum	0,1	50
	1	400
* Lanolinum	10	20
	100	150
* Liquor ferri albuminati Drees	100	80

Therapeutische Notizen.

(Ueber die therapeutische Anwendung des Naphthalins.) Borelius (Upsala) gab das Mittel nach dem Vorgange von Rossbach in einzelnen Fällen von altem chronischem Darmcatarrh und sah dadurch in 3 Fällen Aufhören desselben, nachdem alle anderen Mittel nicht geholfen. Deutliche günstige Wirkung bei Abdominaltyphus, wo Naphthalin in 6 Fällen in grossen Dosen (5.0 pro die) gegeben wurde, ergab sich (mit Ausnahme vielleicht eines Falles) nicht. Die besten Resultate hat das Mittel bei Darmtuberculose erzielt, indem bei 3 Kranken, bei denen der Durchfall mehrere Wochen mit Leibschmerzen und schweren subjectiven Symptomen bestanden, nach 2—3 wöchentlichem Gebrauche von 0.5, 4—5 mal im Tage (in Oblaten oder mit aa Coffea tosta subt. pulverata. genommen), dieselben vollständig aufhörten; bei der Section fanden sich die Geschwüre rein und in Heilung begriffen, zum grossen Theile vernarbt. Ausser Dunkelfärbung des Harns hat Borelius nur in einem einzigen Falle (Typhus) Nebenerscheinungen in Gestalt schweren Urindranges und Schmerzen beim Uriniren beobachtet, die das Fortlassen des Medicamentes nothwendig machten. (Med. chir. Rundschau.)

(Cocain-Watte) wird von K. Eller (Pharm. Journ., 8. Jan.) als eine für manche Zwecke praktische Form der localen Application des Cocains empfohlen. Dieselbe kann von jedem Apotheker leicht hergestellt werden, etwa nach folgender Vorschrift:

Solut. Cocain 3 Proc.	30,0
Hydrophile Watte	30,0

Nach vollständiger Durchtränkung der Watte an warmer Luft trocknen lassen.

Gegen Zahnweh empfiehlt sich Cocain-Morphium-Watte nach folgender Vorschrift:

Solut. Cocain. 3 Proc.	30,0
Morph. mur.	0,8
Hydrophile Watte	30,0.

Das Morphium in der Cocainsolution zu lösen, dann wie oben. Ein kleines Stück der Watte in die Höhlung des cariösen Zahnes einzuführen. Kann auch bei Ohrenschmerzen angewendet werden, indem ein Stückchen Watte mit etwas Wasser befeuchtet in den Gehörgang eingeführt wird.

Ein weiteres Recept betrifft Cocain-Bor-Watte, bei Verbrennungen:

Solut. Cocain. 2 Proc.	30,0
Acid. bor.	2,0
Glycerin	4,0
Acid. carbol.	1,2
Hydrophile Watte	30,0.

Die Borsäure im Glycerin und der Cocainsolution zu lösen, sodann die Carbolsäure hinzuzufügen; dann wie oben.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 17. Januar. Die nächste Jahresversammlung des Vereins für Gesundheitstechnik wird, entsprechend den Beschlüssen der letzten Jahresversammlung in Hannover, in Wien, in der Woche vor dem VI. internationalen Congress für Hygiene und Demographie, und zwar am 23. und 24. September 1887 abgehalten werden.

— Das ungarische Ministerium hat ein Impfgesetz ausgearbeitet, welches sich an das deutsche Gesetz anlehnt und sich nicht nur auf den Impfzwang, sondern auch auf die Revaccination erstreckt. Das neue Gesetz soll als Novelle zum Sanitäts-Gesetz der parlamentarischen Berathung unterzogen werden.

— Der französische Staatsrath hat in einer Sitzung vom 7. d. M. die abzugebende Gemeinnützigkeitserklärung (von der das Recht zu öffentlichen Sammlungen und andere Begünstigungen abhängen) für das Institut Pasteur vertagt, da eine neuerliche Untersuchung für nothwendig gehalten wurde.

(Universitäts-Nachrichten.) **Bern.** Frequenz der medicinischen Facultät im Wintersemester 1886/87: Schweizer 156, davon aus dem Kanton Bern 55; Ausländer 71. Summa 227; darunter 42 weibliche Studirende; hierzu noch 4 Auscultanten; (gegen 200, darunter 2 Auscultanten im Wintersemester 1885/86, 204 — 203 + 1 — im Sommersemester 1886). Auch hier also, trotz der in der Schweiz sehr bedeutenden Ueberfüllung des ärztlichen Standes, Zunahme der Studirenden. — **Bonn.** Der Privatdocent für Hygiene, Dr. S. Wolffberg, wurde zum Kreisphysikus des Kreises Tilsit ernannt. — **Graz.** Dem ord. Professor der Augenheilkunde, Dr. Karl Blodig, wurde aus Anlass seines bevorstehenden Uebertrittes in den bleibenden Ruhestand in Anerkennung seiner vieljährigen ersprieslichen Wirksamkeit der Titel eines Regierungsrathes verliehen und der ord. Professor an der Innsbrucker Universität, Dr. Isidor Schnabel, zum ord. Professor der Augenheilkunde an der hiesigen Universität (unter Ignorirung der Facultätsvorschläge) ernannt. — **Halle.** Prof. Harnack hat für sein „Lehrbuch der Arzneimittellehre" den Heimburger'schen Preis der Universität Dorpat im Betrage von 500 Rubeln erhalten. — **Prag.** Dr. Em. Kaufmann wurde als Privatdocent für Ohrenheilkunde in der czech. medicin. Facultät bestätigt.

(Todesfälle.) In Prag ist am 12 d. M. der em. Prof. Dr. Jos. Halla gestorben. H. entstammte der Glanzperiode der Prager med. Schule. Unter Rokitansky und Skoda gebildet, langjähriger Assistent und Freund derselben, errang er sich bald selbst einen weithin reichenden Ruf als Diagnostiker und Internist und ward bald eine Zierde der Prager deutschen Universität, dort die Traditionen seiner grossen Lehrer weiterpflegend. Er wirkte bis zu seinem 71. Lebensjahre als Professor der internen Medicin und Vorstand der ersten internen Klinik, erfreute sich einer ausgedehnten Privatpraxis, veröffentlichte zahlreiche Aufsätze in der „Prager medicinischen Wochenschrift", und galt als vorzüglicher Lehrer.

In Groningen starb der Professor der Chirurgie, Dr. J. R. Ranke an den Folgen einer Blutvergiftung im 38. Lebensjahre.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Pensionirung. Der k. Landgerichtsarzt, Medicinalrath Dr. Eduard Schönleutner zu Kempten wegen zurückgelegter 70. Lebensjahre auf Ansuchen unter Anerkennung seiner langjährigen, mit Eifer und Treue geleisteten Dienste in den dauernden Ruhestand versetzt.

Gestorben. Der quiesc. k. Bezirksarzt, Dr. Johann Pachmayr in Friedrichsgmünd, Bezirksamts Schwabach. Dr. Fr. Aug. Mühlhäuser, prakt. Arzt in Speyer.

Niederlassung. Dr. Ancke, pr. 1884, Specialist für Augenheilkunde, in München.

Erlediget. Die Landgerichtsarztesstelle zu Kempten.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 1. Jahreswoche vom 2. bis incl. 8. Januar 1887.

Bevölkerungszahl 262,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (—), Scharlach 1 (3), Diphtherie und Croup 4 (1), Keuchhusten 1 (1), Unterleibstyphus 1 (1), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr ( ), Kindbettfieber — (1), andere zymotische Krankheiten 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 129 (131), der Tagesdurchschnitt 18.4 (18.7). Verhältnisszahl auf das dahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24.9 (26.0), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 18.3 (18.1), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 17.0 (18.1).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.